



**TESIS DOCTORAL:**  
**DIMENSIONES BÁSICAS DE LA**  
**PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y**  
**ADAPTACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

**Programa Doctorado: 295D**

**Psicología de la Personalidad, Intervención**

**Áreas Clínicas y Sociales**

**Valencia, 2014**

Doctoranda:

**Ana García-Conde Benet**

Directores de tesis:

**Prof. Dra. Dña. Elena Ibáñez Guerra**

**Prof. Dr. D. José Soriano Pastor**



## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, quisiera agradecer a mis directores de tesis su tesón en estos años para finalizar este trabajo y proyecto personal y su apoyo incondicional junto con sus sabias enseñanzas en los últimos meses.

A todos mis compañeros de trabajo de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología que han mostrado una confianza absoluta en mi esfuerzo y han supuesto un motor en el quehacer diario y en mi dedicación cotidiana. Pero en particular a mis compañeras de la Unidad de Psicología que han sabido contener los momentos de frustración y han compartido las ilusiones cotidianas.

Este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de muchos pacientes con los que compartimos a diario la vida y la experiencia de la enfermedad. Ellos son los que nos motivan y nos enseñan constantemente sobre cómo vivir y cómo morir con esta enfermedad que es el cáncer. Muchas gracias a los que han participado en este estudio y a los que participan en muchos otros.

Deseo agradecer a mi familia y amigos su soporte y su estímulo constante a continuar con este propósito. Su apoyo instrumental en continuadas ocasiones me proporcionó la serenidad en el esfuerzo cotidiano.

Finalmente, quiero agradecer especialmente a mi marido Pablo y mis hijos Pablo y Jacobo, por su confianza absoluta, por su paciencia y por haber aceptado privarse de mí en tantos momentos.... Han sido en muchas ocasiones la inspiración y el aliento para permanecer y para terminar este proyecto. Les dedico este trabajo a ellos.

# INDICE

|  |          |
|--|----------|
| <b>1. Introducción .....</b>   | <b>9</b> |
| 1.1. Psicooncología.....   | 11       |
| 1.1.1. Historia de la Psicooncología.....                            | 11       |
| 1.2. Afrontamiento.....  | 33       |
| 1.2.1. El modelo transaccional de Lazarus.....                       | 33       |
| 1.2.2. Afrontamiento en Psicooncología (Moorey y Greer).....         | 42       |
| 1.2.3. Relaciones entre Afrontamiento y Personalidad.....            | 48       |
| 1.3. Personalidad.....   | 52       |
| 1.3.1. Los estudios clásicos.....                                    | 52       |
| 1.3.2. El Modelo de los <i>Big Five</i> .....                        | 55       |
| 1.3.3. Personalidad y enfermedad: las teorías actuales.....          | 64       |
| 1.3.3.1. El modelo de inoculación del estrés de Eysenck (1985) ..... | 65       |
| 1.3.3.2. El modelo psicoinmunológico de Greer y Watson (1985) .....  | 70       |

|  |            |
|--|------------|
| 1.3.3.3. El modelo de procesos de control de Temoshok (1987) .....             | 72         |
| 1.3.3.4. El modelo prospectivo de Levy y Wise (1988) .....                     | 75         |
| 1.3.3.5. El modelo bidireccional de Contrada, Leventhal y O'Leary (1990) ..... | 78         |
| 1.3.4. Personalidad y psicofármacos.....                                       | 83         |
| <b>2. Justificación.....</b>   | <b>87</b>  |
| <b>3. Objetivos.....</b>   | <b>91</b>  |
| 3.1. Objetivos generales.....  | 93         |
| 3.2. Objetivos específicos.....  | 93         |
| <b>4. Metodología.....</b>   | <b>101</b> |
| 4.1. Procedimiento.....  | 103        |
| 4.2. Participantes.....  | 105        |
| 4.3. Diseño y análisis de datos.....   | 106        |
| 4.4. Instrumentos de evaluación.....   | 108        |
| <b>5. Resultados.....</b>  | <b>117</b> |
| 5.1. Fiabilidad de los instrumentos.....                                       | 119        |
| 5.2. Estadísticos descriptivos.....  | 125        |

|  |     |
|--|-----|
| 5.3. Análisis de correlaciones.....                          | 140 |
| 5.3.1. Personalidad y afrontamiento.....                     | 141 |
| 5.3.2. Personalidad y sintomatología y calidad de vida.....  | 149 |
| 5.3.3. Afrontamiento y sintomatología y calidad de vida..... | 156 |
| 5.4. Diferencia de medias.....                               | 160 |
| 5.4.1. Sexo.....   | 162 |
| 5.4.2. Edad.....   | 166 |
| 5.4.3. Estudios.....   | 169 |
| 5.4.4. Rol del paciente .....                                | 181 |
| 5.4.5. Psicofármacos.....                                    | 183 |
| 5.4.6. Eje I: diagnóstico trastorno mental .....             | 189 |
| 5.4.7. Eje II: diagnóstico trastorno de la personalidad..... | 203 |
| 5.4.8. Eje III: diagnóstico enfermedad médica.               | 210 |
| 5.4.9. Estadio de la enfermedad.....                         | 219 |
| 5.4.10. Tratamiento oncológico.....                          | 220 |
| 5.5. Análisis de Cluster.....                                | 225 |

|   |            |
|---|------------|
| 5.5.1. Análisis de datos del Perfil 1.....                | 227        |
| 5.5.2. Análisis de datos del Perfil 2.....                | 231        |
| 5.5.3. Diferencia de medias de los perfiles.....          | 237        |
| <b>6. Discusión.....</b>                                  | <b>245</b> |
| <b>7. Conclusiones.....</b>                               | <b>277</b> |
| <b>8. Limitaciones.....</b>                               | <b>285</b> |
| <b>9. Referencias.....</b>                                | <b>289</b> |
| <b>10. Anexos.....</b>                                    | <b>307</b> |
| 10.1. Hoja de información y consentimiento informado..... | 309        |
| 10.2. Instrumentos de evaluación .....                    | 312        |

# **INTRODUCCIÓN**



# **1. INTRODUCCIÓN**

## **1.1. Psicooncología**

### **1.1.1. Historia de la Psicooncología**

El presente trabajo de tesis doctoral se enmarca en el ámbito de la Psicología de la Salud, la Psicooncología y la Psicología de la Personalidad. Comenzaremos desarrollando nuestro marco de investigación dentro de la Psicooncología, para luego establecer las relaciones entre la Psicología de la Personalidad y la Psicología de la Salud.

El cáncer es una de las enfermedades que más preocupa al mundo hoy en día y que junto con las cardiopatías representa la causa de muerte más frecuente entre mujeres y hombres adultos en los países desarrollados. Por otra parte, también es la enfermedad más temida y más asociada al sufrimiento físico y mental.

La Psicooncología nace en los años sesenta, de la mano de la Oncología Médica, como subespecialidad de la Psicología, en un intento por investigar por una parte los constructos psicológicos asociados al proceso de enfermedad, y por otra parte por generar intervenciones psicoterapéuticas capaces de aliviar el sufrimiento ante la enfermedad, generando en este sentido la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adaptativas, búsqueda de recursos,... que mejorasen la situación de las personas afectadas por este proceso.

Así, la Psicooncología, es la disciplina psicológica que intenta estudiar la dimensión psicológica, social y comportamental del cáncer desde dos perspectivas, por un lado, desde el análisis de las respuestas psicológicas tanto de los pacientes como de los familiares en todos los estadios de la enfermedad (perspectiva psicosocial); y, por otro lado, sobre cómo influyen los aspectos psicológicos, sociales y comportamentales en la morbilidad y mortalidad de la enfermedad (perspectiva psicobiológica). En este sentido, la Psicooncología es una materia multidisciplinar, ya que no sólo tiene fronteras con la mayoría de las especialidades de la medicina tanto con las clínicas (cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología, psiquiatría etc.) como con las no-clínicas (epidemiología, inmunología, fisiología, etc.) sino que además también es fronteriza con las distintas especialidades de la Psicología (clínica, social, salud, etc.) nutriéndose, al mismo tiempo, de los conocimientos básicos de ambas (Holland, 1998).

Un aspecto importante a tener en cuenta es que la adaptación psicológica y la experiencia del paciente con la enfermedad dependerán del momento histórico en el que ocurra el diagnóstico (factores del paciente), de la naturaleza del cáncer y de los tratamientos (factores de la enfermedad) y de la perspectiva de la sociedad en ese momento (factores sociales). Véase la figura 1.

Figura 1. *Factores de los que depende la adaptación a la enfermedad (Holland, 1998).*

**Factores derivados de la sociedad:**

- El diagnóstico se comparte abiertamente o es un secreto que no hay que revelar.
- Conocimiento de las opciones de tratamiento, pronóstico y participación activa.
- Creencias populares (el estrés causa el cáncer).

**Factores derivados del paciente:**

**Intrapersonal:**

- Habilidades de afrontamiento, madurez emocional en el momento del diagnóstico, creencias filosóficas, espirituales o religiosas que influyen en el afrontamiento.
- Momento vital en el diagnóstico y significado de los objetivos alcanzados (matrimonio, paternidad).

**Interpresonal:**

- Cónyuge, familia, amigos (apoyo social).

**Factores derivados del cáncer:**

- Localización, estadio, síntomas (especialmente dolor) y pronóstico.
- Tipo de tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia) y secuelas (inmediatas y a largo plazo).
- Cambios en la estructura funcional del cuerpo; posibilidades de rehabilitación o reconstrucción.
- Manejo psicológico del personal sanitario.

Hagamos un breve recorrido histórico (atendiendo la revisión de Holland, 1998) teniendo en cuenta las relaciones paralelas entre los avances en la Medicina y la Oncología, las actitudes sociales con respecto al cáncer y a la muerte y la evolución de la Psicología y la Psiquiatría.

A principios del **siglo XIX**, el diagnóstico de cáncer era poco probable, de hecho las enfermedades mortales del momento eran las infecciosas así como las fiebres tifoideas y tuberculosis. A raíz de los avances en la anestesia, se comienza a operar los pacientes con cáncer, aunque su pronóstico más acertado era la muerte. El cáncer surge en la comunidad científica y clínica y en la sociedad como una enfermedad nueva y desconocida en cuanto a su origen, tratamiento y evolución, por lo que pronto comienza a germinarse un miedo social intenso a la enfermedad. En este periodo de la historia la Psiquiatría estaba preocupada solo por los trastornos psiquiátricos graves y los hospitales psiquiátricos estaban alejados de los hospitales generales. El paciente psiquiátrico estaba estigmatizado y debía ser retirado de la sociedad.

A principios del **siglo XX** las enfermedades predominantes en el mundo occidental eran las cardiopatías, la tuberculosis y el cáncer. El diagnóstico de la tuberculosis y el cáncer eran altamente temidos y sinónimo de muerte, por lo que la persona afectada era estigmatizada, aislada y humillada. Muchas personas creían que el cáncer era contagioso. Es en esta época en la que predominan los remedios caseros para curar y sanar el cáncer (homeopatía y terapias alternativas). Comienzan los primeros avances quirúrgicos que permiten la extirpación del tumor de la zona afecta y se utiliza la radioterapia para los cuidados paliativos. En 1913, nace la American Cancer Society, con el objetivo de “difundir la información sobre los síntomas, el tratamiento y la prevención del cáncer”. Empiezan las

primeras campañas educativas para que la sociedad estuviera más informada de la enfermedad. Los médicos asumen un rol paternalista y no se informaba del diagnóstico y los tratamientos al paciente, solo a la familia. Se crea la primera unidad psiquiátrica en un hospital general (Albany, New York, 1902) en un intento por acercar la psiquiatría a la medicina. Sin embargo, los psiquiatras no tuvieron ningún papel en el cuidado del paciente oncológico hasta que empezaron a participar en debates sobre cómo informar del diagnóstico de cáncer en la década de los sesenta. Los conceptos psicobiológicos que Adolf Meyer plantea tienen un impacto en la Psiquiatría y los experimentos psicofisiológicos empiezan a interesar a la futura medicina psicosomática.

En las primeras décadas del **siglo XX** empiezan a hacerse grandes esfuerzos por mejorar la investigación biomédica ante la enfermedad oncológica. En 1937 se establece el U.S. National Cancer Institute (NCI) con el objeto de promocionar la investigación y tratamiento exitoso del cáncer. En los años cuarenta se generan a través de la American Cancer Society programas de voluntarios entrenados que proporcionan apoyo e información a los pacientes, siendo los pacientes los que se convierten en la figura que va a proporcionar información, consejo y apoyo al nuevo paciente. Se crean los primeros grupos de autoayuda de cáncer en función de la localización con programas específicos, aunque existe un pesimismo entre la sociedad e incluso el sector médico sobre el tratamiento, evolución y el pronóstico nefasto de la enfermedad. Se empiezan a incluir unidades de psiquiatría en los hospitales generales, de forma

que se acerca la psicología y la psiquiatría a la medicina, aproximándose a la realidad de que la persona no es solo cuerpo sino también mente.

A finales de la década de los **cuarenta**, en la segunda guerra mundial se desarrollan las primeras drogas anticáncer, convirtiéndose la quimioterapia en la tercera modalidad de tratamiento después de la cirugía y la radioterapia. Así se crea en los años cincuenta la especialidad de la Oncología Médica dentro de la medicina. Rápidamente proliferan los especialistas en Oncología y con la quimioterapia se altera de forma llamativa y positiva el pronóstico de algunos tumores infantiles y en jóvenes, específicamente leucemias y enfermedad de Hodgkin. Ante estas expectativas y cambios en evolución de algunas enfermedades oncológicas, en los años sesenta, se empiezan a considerar los aspectos psicosociales teniendo como marco de referencia la ayuda y acompañamiento al paciente y la familia para adaptarse ante la inevitable evolución. Así el término cáncer y muerte son sinónimos pero se evita el uso de la palabra y se afronta la enfermedad y la muerte evitando hablar de ella. Los primeros estudios sobre aspectos psicológicos se basan en la culpabilidad y el estigma asociado a padecer la enfermedad y sobre la adaptación psicológica a la enfermedad y los tratamientos. En 1950 Sutherland crea la primera Unidad de Psiquiatría en un hospital oncológico, el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Así en los siguientes veinticinco años se genera rápidamente una proliferación de investigaciones y la

incorporación en EE.UU. y Europa de unidades de Psiquiatría y Psicología asociadas a la Oncología.

Con este panorama surgen los primeros debates sobre la polémica de revelar o no el diagnóstico a los pacientes oncológicos. El estudio realizado por Oken en 1961 (Holland, 1998) mostró que el 90% de los oncólogos no revelaban el diagnóstico a sus pacientes. En este momento comienza un movimiento en el que, con el avance en los tratamientos oncológicos y el desarrollo del consentimiento informado, se subraya la importancia de la información. Además, quince años después del estudio de Oken, en el trabajo de Novack y cols. de 1979 (Holland JC, 1998) se les hizo la misma pregunta a los médicos, y el 97% respondieron que generalmente revelaban a sus pacientes el diagnóstico oncológico.

A lo largo de la década de los **setenta** se produce un cambio de perspectiva en cuanto a la información médica apareciendo los documentos de consentimiento informado, y una mayor preocupación por la autonomía y derechos del paciente, así como los planes oncológicos (1972) en los que se incluyen los aspectos psicosociales en el tratamiento del cáncer. La publicidad dada a Elizabeth Kubler Ross termina de cambiar la dimensión psicológica de los pacientes oncológicos y la muerte (tanto a nivel social como en el ámbito médico). Se genera un cambio social sobre la actitud ante la muerte y una mayor y mejor comunicación con los pacientes en estadios terminales de la enfermedad, lo que contribuye a la aparición de hospicios y los cuidados paliativos en EE.UU y

Europa. También sociedades científicas y organizaciones con el objetivo común de aunar esfuerzos en el tratamiento y curación del cáncer (National Cancer Institute, Psychological Collaborative Oncology Group, European Organization for Research in the Treatment of Cancer, World Health Organization Collaborating Center in Quality of Life Measurement, por nombrar algunas de ellas).

En este periodo se promueve un aumento de la actividad investigadora en Psicología en este ámbito. Esta investigación psicológica mejora respecto al periodo anterior en dos aspectos metodológicos: por una parte, se incorporan los grupos control en los diseños experimentales y, por otra parte, se empiezan a emplear instrumentos de evaluación más válidos para analizar las características psicológicas (versus la entrevista clínica exclusivamente como método de evaluación en la investigación). Es a partir de la década de los ochenta cuando la investigación psicológica empieza a centrarse en los posibles vínculos entre personalidad y cáncer.

En la **actualidad** (finales del siglo XX, principios del siglo **XXI**), a pesar de los cambios que ha vivido la significación y las connotaciones de la palabra cáncer a nivel social e institucional, en este periodo como señalan Ibáñez y Soriano (2008), el cáncer todavía implica una situación incontrolable, impredecible e inescapable, y por lo tanto temida.

El estatus de la Psicooncología está confirmado por su actividad en cuatro áreas:

- Inclusión de la Psicooncología en los servicios médicos.
- Aumento de los programas educativos y de entrenamiento.
- Investigación sobre aspectos psicosociales.
- Publicación de investigaciones.

Los pacientes oncológicos son atendidos más que nunca desde su perspectiva más multidimensional incluyendo en esta la necesidad de abordar los aspectos psicológicos y sociales de la persona, de manera que se produce la integración del psicooncólogo en los equipos multidisciplinares (oncología, cirugía, anatomía patológica, biología molecular, enfermería, trabajo social, psiquiatra,...).

Algunos de los grandes investigadores de la Psicooncología han demostrado, y demostrarán en estas décadas, con investigaciones controladas que la intervención psicológica mejora la adaptación del paciente oncológico a su proceso de enfermedad. A través de los modelos teóricos explicativos se generan programas de tratamiento psicológico específicos, tales como Fawzy, Moorey y Greer o Holland (Fawzy, Fawzy, Arndt y Pasnau, 1995; Moorey et al, 1993; Holland et al, 1991). Algunas de estas psicoterapias se basan en las estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman, la terapia cognitiva de Beck y las técnicas conductuales de relajación aplicadas a problemáticas concretas de la enfermedad. Todavía nos encontramos en este periodo de crecimiento con deficiencias metodológicas en las investigaciones (tomado de Ibáñez y Soriano, 2008):

- Asignación aleatoria de los participantes a los grupos.
- Especificación de la forma de aleatorizar.
- Tamaño de las muestras.
- Especificación de criterios de inclusión y/o exclusión.
- Razones para el abandono del programa.
- Análisis de la homogeneidad de los grupos antes de la intervención.
- Especificación y razonamiento de la estadística utilizada.
- Especificación del tipo de enfermos.
- Especificación de la magnitud del efecto del tratamiento.
- Especificación del tiempo de seguimiento.

Distintas organizaciones en Europa y EE.UU. contribuyen a la formación de los primeros psicooncólogos. Se generan programas de formación y reuniones periódicas para la divulgación de la información y se crean las primeras sociedades científicas (European Society of Psychosocial Oncology, International Psycho-oncology Society, Sociedad Española de Psicooncología).

Mejoran también los instrumentos de evaluación en la medición objetiva de los constructos psicológicos subjetivos asociados a la experiencia del cáncer. Los investigadores se preocupan por la evaluación de la calidad de vida de los pacientes, la sintomatología psicológica y el distrés, la adaptación psicológica, las intervenciones conductuales y cognitivas, la investigación psicobiológica de variables inmunológicas y neuroendocrinas. Así con esta proliferación de la investigación surgen algunas revistas científicas específicas de Psicooncología: *Psychosocial Aspects of Oncology* (Europa), *Psycho-*

*oncology: Journal of the Psychological, Social, and Behavioral Dimensions of Cancer* (EE.UU), *Psicooncología* (España),...

Teniendo en cuenta el miedo de la sociedad al cáncer, al dolor y la muerte es fácil comprender que durante estas décadas el campo de investigación sea muy amplio, incluyendo desde la adaptación a la enfermedad, a las intervenciones médicas que deben realizarse, las intervenciones cognitivo-conductuales en la prevención y en los procesos de adaptación del enfermo al cáncer, la investigación de las variables inmunológicas y neuroendocrinas que median en los procesos de aparición de la enfermedad, hasta los cuidados paliativos, los tratamientos psicofarmacológicos, los problemas éticos, etc. Todo esto ha llevado a que oncólogos, psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y personal sanitario en general, se hayan dedicado, en las últimas décadas a intentar paliar las dificultades a las que tiene que enfrentarse el enfermo de cáncer (Ibáñez e Soriano, 2007).

En un artículo publicado en 2008 (García-Conde, Ibáñez y Durá, 2008) que analiza la investigación en Psicooncología en la década de los noventa, a través de la revista *Psycho-oncology*, se encontró que la mayor parte de los trabajos publicados en la revista, por los distintos investigadores, son empíricos, existiendo muy pocos artículos en los que o bien se creen o se intenten comprobar modelos teóricos que den sentido a la investigación que se realiza en Psicooncología.

En cuanto a los autores más relevantes en esta década y con mayor número de publicaciones (véase figura 2) son los de la escuela de Holland, que pertenecen al Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York, como es el caso de Baider, formada en EE.UU. con Holland (véase figura 3), siendo una de las Presidentas de la International Psycho-oncology Society y Presidenta de la Sociedad de Psicooncología en Israel. Bloch trabaja junto con Kissane en la problemática que presentan familiares y enfermos de cáncer de próstata; por su parte Bolund forma parte del equipo del Karolinska especializados en problemas de rehabilitación psicosocial de los enfermos de cáncer.

Cella es uno de los autores pioneros en Psicooncología, trabajó principalmente con enfermos de Hodgkin y es uno de los autores más citados en los temas de espiritualidad, calidad de vida o psicoterapias en enfermos con cáncer en el Toronto Sunny-brook Reginal Cancer Center de Toronto, Ontario, Canadá; de hecho Holland en su Historia de la Psicooncología reconoce que Cella es el introductor en EE.UU. de las escalas de calidad de vida que sustituyeron al índice de Karnofsky en el campo de la Oncología.

Maguire fue profesor de Psiquiatría Oncológica y dirigió durante más de 15 años el grupo de Psicología Médica de investigación del cáncer en el Christie Hospital de Manchester. Casi todas sus investigaciones se centraron en enfermas de cáncer de mama, especializándose en los hábitos de comunicación al enfermo, principalmente en cómo comunicar las malas noticias, es decir, los

problemas de informar al enfermo tanto del diagnóstico como del pronóstico.

Figura 2. Autores más productivos (número de artículos publicados) en *Psycho-oncology* (García-Conde et al., 2008).

| 4 artículos   | 5 artículos  | 6 artículos                                       | 7 artículos   | 9 artículos  |
|---|--|---|---|--|
| Antoni Helen Dowling<br>Institute for Biopsychosocial Medicine, Rotterdam, Netherland<br>University of Miami. USA | Breitbart<br>Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA     | Maguire<br>The Christie Hospital, Manchester, UK. | Fox<br>Boston University<br>Massachusetts, USA.                 | Holland<br>Memorial Sloan - Kettering Cancer Center. New York, USA |
| Baider<br>Hadassah University Hospital, Jerusalén, Israel   | Cella<br>Rush-Presbyterian – St. Luke´s Medical Center, Illinois, USA. | Sjödén<br>Uppsala University. Suecia.             | Passik<br>Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. New York, USA |  |
| Bloch<br>University Melbourne, Victoria, Australia  | Gray<br>Toronto-Sunny-brook Regional Cancer Center, Ontario, Canadá    |   |   |  |
| Bolund<br>Karolinska Hospital, Estocolmo, Suecia  | Kash<br>Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA          |   |   |  |
| Greer<br>Royal Marsden Hospital, UK   |  |   |   |  |
| Gronert<br>Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA  |  |   |   |  |
| Kissane<br>University of Melbourne, Victoria, Australia   |  |   |   |  |
| Lederberg<br>Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA.   |  |   |   |  |
| Lesko<br>Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA  |  |   |   |  |
| Walker<br>Aberdeen University. School of Medicine. UK.  |  |   |   |  |

Por último, Fox fue un auténtico especialista en Psicoimmunología, de hecho colaboró con diversos autores midiendo y criticando los efectos que los aspectos psicológicos tienen sobre el sistema inmune. Sus primeras investigaciones de 1978, estaban encaminadas a establecer las relaciones entre el sistema inmunológico y la depresión, ya que era la época en que la depresión se consideraba como uno de los factores capaces de potenciar el desarrollo de tumores. Posteriormente y a partir de los trabajos de Spiegel en los que se ponía de manifiesto que la terapia psicológica mejoraba la supervivencia en mujeres con cáncer de mama, los trabajos de Fox estuvieron encaminados a rechazar dicha hipótesis, analizando la influencia que la psicoterapia tiene sobre el sistema inmune.

Figura 3. *Grupos de trabajo en Psicooncología de la escuela de Holland* (García-Conde et al., 2008).

| GRUPO DE HOLLAND |          |           |           |
|------------------|----------|-----------|-----------|
| BREITBART        | KASH     | PASSIK    | LEDERBERG |
| Horowitz         | Gagnon   | Lucky     | Fitchett  |
| Brish            | Massie   | Hay       | Moadel    |
| Greenberg        | Heerd    | Roth      | Ostroff   |
| Stiefel          | Brown    | Dugan     |           |
| Kornblith        | Sullivan | Rosenfeld |           |
| Pannuilio        | Borgen   | Theobaid  |           |
| Hosaka           |          | Egerton   |           |
| Cull             |          |           |           |

En la escuela británica (figura 4) destaca Watson en el Royal Marsden, que también tiene relación con Holland, siendo de hecho ambas codirectoras de la revista *Psycho-oncology*. Tenemos así, que

a través de Hopwood aparece el grupo del Christie Hospital, con Maguire, entre otros; por medio de Cull aparece el grupo de Edimburgo; Fallowfield representa a Brighton; Ponder a la Universidad de Cambridge; Daly y Ormiston al St. James Hospital de Dublin; Murday al St. George's Hospital de Londres; Barnett a la University of Warwick, Coventry, y Law y Bliss al Institute of Cancer Research, Sutton; Wilkinson al Marie Curie de Londres, mientras que Robertson pertenece al Marie Curie Institute de Liverpool y, por último Moorey, pertenece al St. Bartholomew's Hospital de Londres. Es decir, como podemos ver casi todos los grupos británicos de Psicooncología mantienen contactos entre sí y, de alguna manera, a través de esta revista y de distintas publicaciones, con el grupo americano que lidera Holland.

Figura 4. *Grupos de trabajo en Psicooncología de la escuela de Watson (García-Conde et al., 2008).*

| GRUPO BRITANICO            |  | Greer       | Tunmore  |
|----------------------------|--|-------------|----------|
| W<br>A<br>T<br>S<br>O<br>N |  | Moorey      | Law      |
|                            |  | Averill     | Bliss    |
|                            |  | Hopwood     | Lloyd    |
|                            |  | Barnett     | Eeles    |
|                            |  | Cull        | Ponder   |
|                            |  | Fallowfield | Easton   |
|                            |  | Wilkinson   | Seal     |
|                            |  | Baruch      | Daly     |
|                            |  | Robertson   | Ormiston |
|                            |  | Mason       | Murday   |
|                            |  | Rowden      | Ibbotson |

La Psicooncología en España surge como una nueva disciplina por diversos motivos, entre ellos, además de la presión ejercida por

los psicólogos clínicos para incorporarse en el ámbito de la Salud, es importante destacar el impacto que las observaciones clínicas de los oncólogos tienen para el desarrollo de este campo. Algunos de los aspectos a los que hacemos referencia son la existencia de factores afectivos en la aparición de algunos cánceres que presentan una mayor incidencia en las mujeres, así como los problemas de recuperación espontánea, adhesión al tratamiento, efectos secundarios de los tratamientos, repercusiones psicológicas del diagnóstico,... (Ibáñez, 1989).

Por ello en España la investigación comienza a ser prolífera más tardíamente. En esta misma publicación (García-Conde et al., 2008) que señalábamos anteriormente sobre la investigación en la revista *Psycho-oncology* en la década de los noventa encontramos tres publicaciones españolas. El primer artículo publicado en 1994 por Ferrero, Barreto y Toledo, de la Universidad de Valencia, y sobre la problemática de *Ajuste Mental al Cáncer*; el segundo, publicado en 1995 por Arraras, Llarramendi, Valerdi, de la Universidad de Navarra y Wright, este último psicólogo clínico en Leicester, Inglaterra, sobre *Información al enfermo*; y por último también en 1995 publican en dicha revista Die, del Insalud Madrid, con Holland el artículo *un Modelo Curricular para la Formación en Psicooncología*. En la figura 5, atendiendo al número de publicaciones se muestran algunos de los autores más significativos de la Psicooncología en España (Guerra Viadero, 2003), aunque incluimos otros autores también significativos.

Figura 5. Autores más significativos en Psicooncología de la escuela de española (ampliado de Guerra Viadero, 2003).

| GRUPO ESPAÑOL |              |                 |
|---------------|--------------|-----------------|
|               | Andreu       | Gómez-Batiste   |
|               | Arrarás      | González        |
|               | Blanco       | Ibáñez          |
|               | Blasco       | Llorca          |
|               | Barreto      | Lostao          |
|               | Bayés        | López           |
|               | Chorot       | Martínez        |
|               | Cortés-Funes | Olivares        |
|               | Cruzado      | Pascual         |
|               | Die          | Pastor          |
|               | Díez         | Rodríguez Marín |
|               | Durá         | Romero          |
|               | Estapé       | Salamero        |
|               | Estevé       | Salvador        |
|               | Ferrero      | Santed          |
|               | Font         | Santín          |
|               | Galdón       | Soriano         |
|               | García-Camba | Terol           |
|               | Gil          | Toledo          |

A pesar de que España tiene pocas publicaciones en esta revista, la actividad científica de nuestro país se va desarrollando y madurando en otros foros y en otras revistas. Algunos de estos grupos de investigación se concentran en temas relacionados con el consejo genético, los cuidados psicológicos al final de la vida, las estrategias de afrontamiento durante el proceso de la enfermedad, los cuidados del cuidador y aspectos relacionados con la familia del paciente oncológico, calidad de vida de los supervivientes, manejo de la información... En la revista *Psicooncología* (de la Universidad Complutense de Madrid) tenemos una amplia extensión de dichas publicaciones.

En la década de los ochenta, como apunta Ibáñez (Ibáñez, 1996), se puede decir que diversos grupos de investigación se ocupan de forma seria de las relaciones entre Psicología y cáncer. En cuanto a sus principales temas de investigación serían: estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama, por parte del grupo del Royal Marsden; la problemática de la calidad de vida en el Christie Hospital; problemas clínicos de las intervenciones quirúrgicas o de las técnicas diagnósticas en enfermos de cáncer, en el grupo representado por Cull (Edimburgo) y que también está vinculado directamente con el Sloan-Kettering Cancer Center a través de Breitbart; por su parte el grupo de Brighton junto con la Warwick University se centran en los problemas de información al enfermo mientras que en la Universidad de Cambridge, en el St. James Hospital de Dublín, en el St. George Hospital de Londres se dedican a los problemas genéticos originados por el BRCA 1. El Institute of Cancer Research, de Sutton y el St. Bartholomew's Hospital de Londres investigan sobre la eficacia de la Terapia Psicológica Adyuvante, presentada por Moorey y Greer en 1989 y en el Marie Curie Institute a la problemática de la aplicación de la Terapia Psicológica Adyuvante a enfermos terminales.

El grupo formado por Fox, del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Boston, está constituido, principalmente por Antoni y Goodkin ambos del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Miami que, como hemos señalado anteriormente trabajan en Psicoimmunología y están en contacto directo con el Hellen Dowling Institute de los Países Bajos. Además, Fox también publica en esta

época con Ragland y Brand de la Universidad de Berkeley, California, acerca de los problemas metodológicos que implica diferenciar entre los patrones de personalidad tipo A o C cuando se investiga en Medicina Conductual. A su vez, Fox contacta con Holland y Baider a través de la investigación sobre sistema de creencias en enfermos con cáncer.

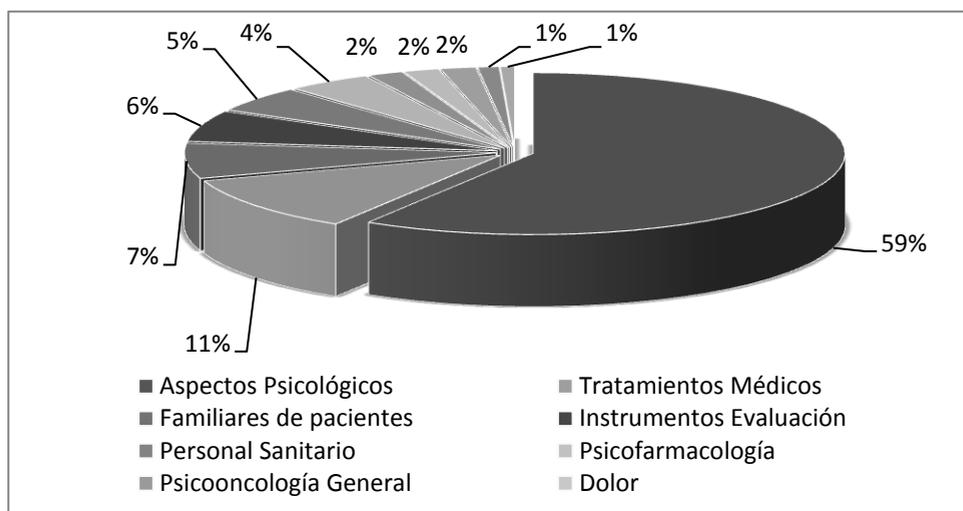
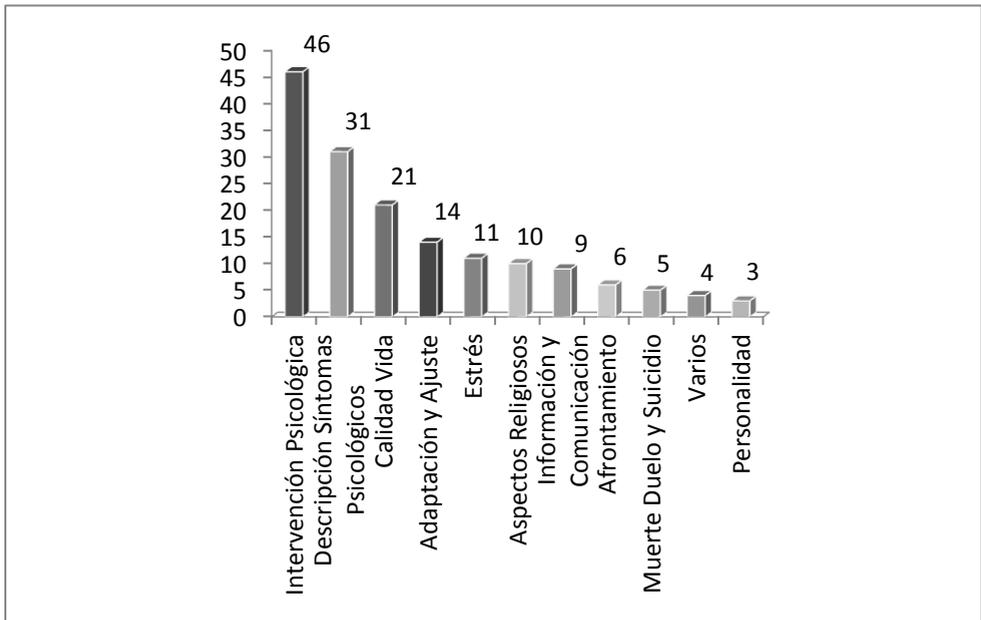


Figura 6. *Temática de estudio (García-Conde et al., 2008).*

Por su parte Baider trabaja con Kaplan De-Nour y Esacson en el Hadassah University Hospital en Jerusalén y con Koch de la Universidad de Hamburgo, Alemania, sobre la problemática de las relaciones maritales en enfermos con cáncer, estudiando principalmente las diferencias existentes entre hombres y mujeres como cuidadores de enfermos y el impacto y efecto que origina la enfermedad sobre los hijos y sus problemas escolares y en las relaciones sociales.

Figura 7. Aspectos psicológicos investigados en el Psycho-oncology (García-Conde et al., 2008).



En cuanto a las actitudes de la sociedad ante la enfermedad existe un creciente interés por confiar en la eficacia de los tratamientos, empezando a plantearse las dificultades de adaptarse a la vida después de la enfermedad. Hablamos pues de la experiencia del superviviente ante una enfermedad cada vez más crónica. Los tratamientos más temidos son los relacionados con la quimioterapia, con avances y cambios vertiginosos. Se habla de cáncer pero se tratan enfermedades oncológicas en las que los avances en biología molecular y anatomía patológica permiten hacer diagnósticos cada vez más específicos y por lo tanto tratamientos más individualizados.

Existen múltiples campañas para prevenir, tratar y aceptar las enfermedades oncológicas.

Existe un movimiento social en el que se hace especial hincapié en promover hábitos saludables, como es una alimentación saludable, incluso en algunos ámbitos un alimentación “anticáncer”.



También personas relevantes de la música, el teatro,... ofrecen su imagen en la lucha contra el cáncer (imagen de una cantante promoviendo el cuidado de la piel en la prevención del melanoma).



Algunas de las campañas más habituales son las de diagnóstico precoz de distintos tipos de enfermedad: mama, pulmón,



próstata,... Están dirigidas a la población general y se ofrecen a un perfil de persona específico (edad, hábitos,...). Esto permite un

diagnóstico de la enfermedad en estadios más iniciales. Existe una mayor concienciación de la enfermedad y de la vulnerabilidad de cada uno y también un miedo a la muerte y al sufrimiento por cáncer.

Por otra parte, desde las sociedades científicas empiezan a plantearse la realidad de los supervivientes de cáncer. De hecho en 2013 la Sociedad Española de Oncología Médica presenta un *Plan Integral de Atención a los Largos Supervivientes de Cáncer* en el que aborda y define los problemas específicos de los largos supervivientes de cáncer e identifica las principales necesidades organizativas, de recursos, investigación, formación y sensibilización para que la atención integral a estas personas y las de su entorno consiga las mayores cotas de calidad posible. Prioriza las acciones de coordinación asistencial en el seguimiento del paciente que incluye los aspectos físicos, psicológicos, sociales, emocionales y laborales. Así mismo anuncia que el 5% de la población española será “largo superviviente” de cáncer en 2015.

## **1.2. Afrontamiento**

### **1.2.1. El modelo transaccional de Lazarus**

Partimos del modelo transaccional de Lazarus, que es el modelo más utilizado en Psicología de la Salud, para explicar el afrontamiento de las personas ante un estresor (es este caso, cómo afrontan la enfermedad y sus consecuencias las personas que se ven sometidas al diagnóstico de cáncer). Lazarus adopta un punto de vista en el que introduce un sistema multivariado que consta de una serie de antecedentes causales, procesos mediadores, efectos emocionales inmediatos y efectos a largo plazo, todos ellos operando de forma interdependiente.

En la teoría de Lazarus (Lazarus, 1984) el estrés es el resultante de que el individuo evalúe el entorno como amenazante y desbordante de sus propios recursos para hacerle frente, poniéndose en riesgo su bienestar (figura 8). Así el estrés consta de tres procesos: evaluación primaria, secundaria y afrontamiento. El estrés es por tanto el resultado de la relación entre el individuo y su entorno. Y este es el núcleo de la teoría transaccional (Lazarus y Folkman, 1987).

Figura 8. Componentes del modelo de Lazarus.

| Antecedentes causales              | Procesos / mediadores | Efectos inmediatos   | Efectos largo plazo   |
|------------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| V. de la persona<br>(Personalidad) | Eval. Primaria        | Estados de ánimo     | Bienestar psicológico |
| V. ambientales                     | Eval. Secundaria      | Cambios fisiológicos | Salud / enfermedad    |
|                                    | Afrontamiento         |                      | Funcionamiento social |

Los factores de personalidad en interacción con los factores situacionales, conducen a una situación interpretable que deriva en una evaluación (*appraisal*), proceso mediador que es la causa última de todos los procesos siguientes, incluyendo el afrontamiento y la respuesta emocional. La configuración de la respuesta emocional incluye como un todo el resultado de la valoración, las tendencias de acción, un patrón de respuesta fisiológica y la experiencia subjetiva que principalmente implica afectividad (positiva o negativa). Todo esto se traduce en los procesos de afrontamiento que se integran tras la evaluación, y sus resultados realimentan el proceso de valoración dando reevaluaciones, que influyen además en el estado de la respuesta emocional. La estrategia de afrontamiento elegida por la persona para abordar la situación contribuye de forma importante al tipo de emoción que tendrá lugar y a la intensidad de la misma.

En el modelo de Lazarus los **antecedentes causales** son las variables del individuo y las ambientales, las que constituyen los

recursos de una persona en el proceso de afrontamiento. Los recursos personales constituyen así las dimensiones y facetas de la personalidad que pueden incrementar el potencial del individuo para abordar de manera efectiva el estrés, desempeñando un papel mediador entre el estrés y la salud física y psicológica. Las variables del individuo y las ambientales constituyen, como antecedentes causales, un índice de los recursos de afrontamiento o de la vulnerabilidad potencial de un individuo. La falta de recursos de afrontamiento dará lugar a la vulnerabilidad. Pero por otra parte, los recursos de afrontamiento poseen un efecto “*buffering*” (amortiguador o regulador), sobre los acontecimientos vitales y afectan a la interpretación y la respuesta a los mismos. Por tanto, los recursos de afrontamiento son fuente de inmunidad sobre el daño que puede originar el estrés, y reducen la probabilidad de enfermedades inducidas por el estrés. Los recursos internos estarían relacionados con las diferencias de personalidad, mientras que los recursos externos lo estarían con las diferencias socioculturales.

Los *antecedentes causales personales* se refieren a los valores, compromisos, metas y creencias. Lazarus y Folkman destacan la importancia de la autoestima, la autoeficacia y el locus de control, mientras que otros autores como Costa y McCrae (1980) consideran que los rasgos pueden constituir una base para establecer las relaciones entre afrontamiento y personalidad. Estos autores encontraron relaciones significativas entre neuroticismo y el uso creciente de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, mientras que la extraversión correlacionó significativamente

con estrategias centradas en el problema y la reevaluación positiva. Entre los factores causales personales tendríamos la clasificación de los tipos de personalidad como factores de riesgo para determinadas enfermedades médicas.

Los *antecedentes causales ambientales* se refieren a las variables externas al individuo que participan en el proceso emocional de afrontamiento al estrés de Lazarus, en la medida en la que plantean exigencias, ofrecen recursos o marcan límites. Las demandas ambientales se refieren a acontecimientos vitales estresantes. Consideraremos la definición de estrés de Lazarus cuando lo considera no como un estímulo ni como respuesta, sino como proceso de interacción entre la persona y su entorno. La evaluación de los acontecimientos vitales como estresores ambientales debe apresar la percepción e interpretación del estímulo por parte de la persona así como las respuestas de la persona al estímulo percibido. Uno de los antecedentes causales ambientales más importante es el apoyo social.

Los **procesos mediadores** se refieren a las evaluaciones y el afrontamiento. La *valoración* consiste en una evaluación continua de la importancia para el bienestar personal propio de lo que está sucediendo. La *valoración primaria* se refiere a la valoración que hace el individuo sobre si el acontecimiento puede afectar a su bienestar; se centra en la emoción, pero sobre todo en el significado que las situaciones puedan tener para el bienestar del individuo. Se refiere a tres evaluaciones principales: el perjuicio ya experimentado; la amenaza o perjuicio anticipado; y el desafío, donde el individuo valora

si posee las fuerzas necesarias para vencer la confrontación; y el beneficio que le supondrá. Las dos primeras se relacionan con emociones negativas, mientras que las últimas con positivas.

La *valoración secundaria* se refiere a las opciones de afrontamiento, es decir, si una acción concreta puede prevenir el daño, mitigarlo o producir un daño adicional o un beneficio. Se refiere a lo que se debe y puede hacer frente a una situación y a partir de esa valoración se generan diferentes opciones de afrontamiento.

El **afrontamiento** se refiere a “aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son valoradas como que exceden o desbordan los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986). El afrontamiento es el proceso de ejecución ante la respuesta elaborada a través de la valoración secundaria. Se realiza una distinción entre afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción. El *afrontamiento centrado en el problema* son formas de afrontamiento centradas en la acción, centradas en intentar hacer algo para alterar la fuente de estrés, y tiende a predominar en situaciones donde puede hacerse algo constructivo. El *afrontamiento centrado en la emoción* está dirigido a reducir o manejar el estrés emocional asociado a la situación, incluyendo principalmente pensamientos más que acciones para cambiar las relaciones persona-ambiente, y tiende a predominar cuando la persona siente que el estresor es algo perdurable.

Por lo tanto, teniendo en cuenta lo que acabamos de indicar en el párrafo anterior el afrontamiento tendría dos funciones principales: por un lado se dirige a manejar o cambiar el problema (afrontamiento centrado en el problema); por otro, se dirige a regular las emociones elicítadas por el problema (afrontamiento centrado en la emoción). El *afrontamiento dirigido al problema* utiliza estrategias semejantes a las utilizadas en la solución de problemas: definición del problema, búsqueda de soluciones alternativas, valoración en términos de coste y beneficio y puesta en práctica. Estas estrategias pueden dirigirse al entorno (modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los procedimientos, etc.) y pueden orientarse hacia el propio sujeto (cambios en el nivel de aspiraciones, adquirir destrezas, búsqueda de otras vías de gratificación, etc.). Por la otra parte, el *afrontamiento dirigido a la emoción* consiste fundamentalmente en procesos cognitivos encaminados a disminuir el malestar emocional, e incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, ver la parte positiva de la situación, etc. Las dos formas de afrontamiento suelen estar presentes en una misma situación interactiva sujeto-ambiente y ambas formas pueden facilitarse o interferirse entre sí.

Las estrategias de afrontamiento cognitivas y comportamentales son por tanto, según estos autores:

- *Confrontación*. Esfuerzos agresivos para alterar la situación. Implica hostilidad y riesgo.
- *Distanciamiento*. Esfuerzos para separarse y alejarse de la situación estresante, tratar de olvidarlo, no querer hablar de él o actuar ignorándolo.

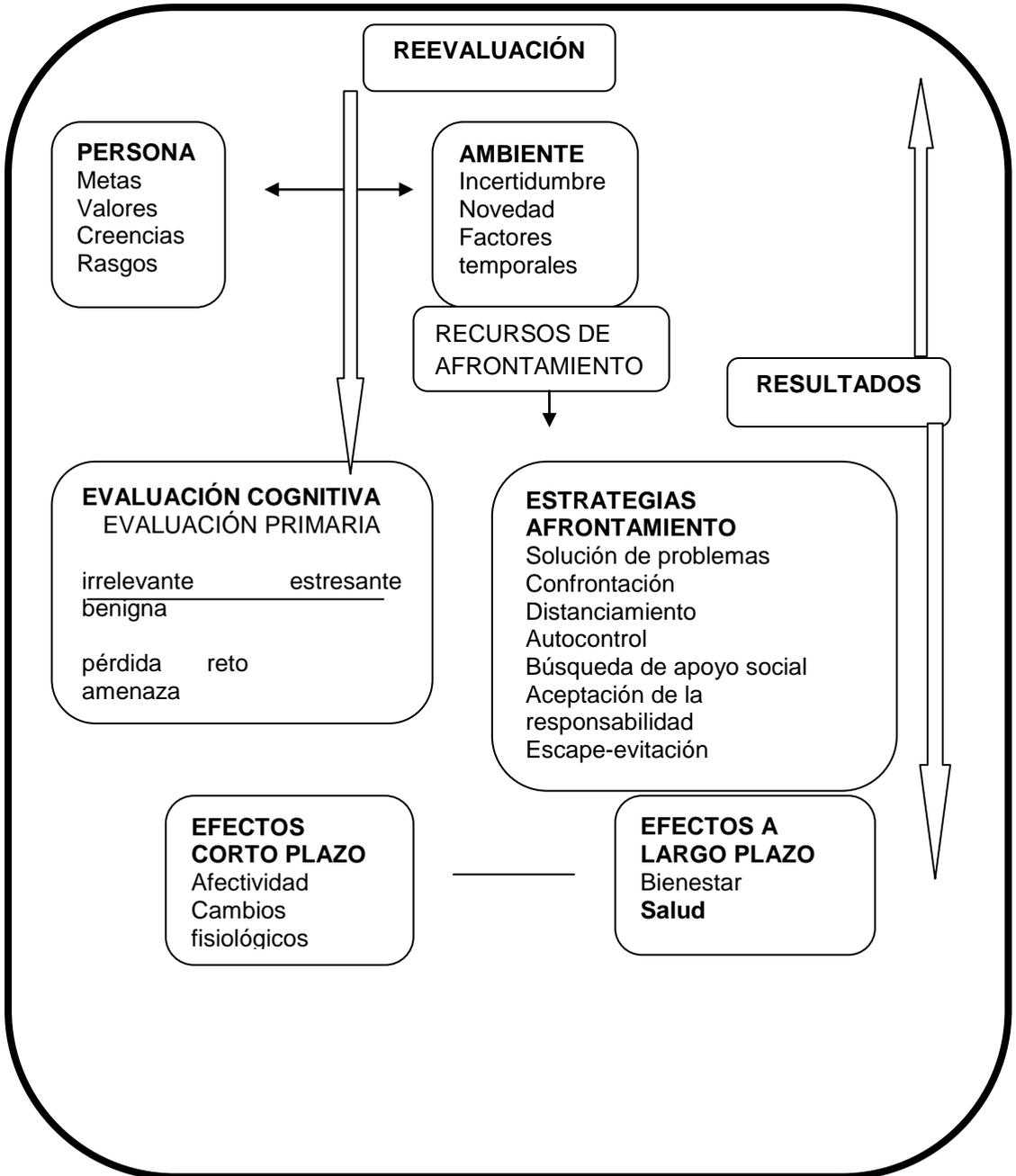
- *Autocontrol.* Esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.
- *Búsqueda de apoyo social.* Esfuerzos para buscar apoyo: consejo, asesoramiento, asistencia o información, apoyo moral, simpatía o comprensión.
- *Aceptación de la responsabilidad.* Reconocimiento del propio papel en el problema.
- *Huída-Evitación.* Esfuerzos para la evasión de la situación. Describe el pensamiento desiderativo.
- *Planificación.* Esfuerzos deliberados centrados en el problema para alterar la situación unido a una aproximación analítica para resolver el problema.
- *Reevaluación positiva.* Esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal.

En función de la evaluación y el afrontamiento ante una determinada situación se generan unos efectos a corto y a largo plazo. La Psicología de la Salud intensifica sus esfuerzos en este sentido en encontrar respuestas a cómo se producen estos efectos a corto y largo plazo en la salud y en el bienestar. Los **efectos a corto plazo** se refieren a las emociones, los cambios fisiológicos, la afectividad y la calidad del resultado del abordaje de la situación estresante. Y tengamos en cuenta que las emociones ocupan una posición central en la organización de la personalidad.

En cuanto a los **efectos a largo plazo** Lazarus destaca la salud física, el bienestar psicológico y el funcionamiento social. El

bienestar no entendido como la mera ausencia de enfermedad, sino como una condición global de bienestar. La Organización Mundial de la Salud define la salud como un “estado de completo bienestar físico, social y mental y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por tanto, el bienestar psicológico subjetivo se entiende desde este modelo teórico como una consecuencia del afrontamiento. Lazarus afirma que “la persona que contempla la vida de forma positiva y optimista puede fácilmente ser capaz de trascender la mayor parte de los perjuicios y amenazas cotidianos (menores), e incluso considerarlos como algo bueno”. (Véase figura 9).

Figura 9. Esquema de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984).



### **1.2.2. Afrontamiento en Psicooncología (Moorey y Greer)**

Sin duda la teoría de Lazarus y Folkman se ha empleado como marco de referencia para muchas investigaciones y modelos explicativos de cómo las personas se enfrentan a una situación estresante como es el proceso oncológico. Como hemos visto, en la década de los años 70 y 80 se produce un aumento notable de las investigaciones en Psicooncología. Fruto de esta época de auge son los trabajos de Moorey y Greer (1989) donde describen no sólo los patrones de respuesta emocional ante la enfermedad oncológica, sino también soluciones en el sentido de la capacidad de adaptación y las estrategias de afrontamiento, todo ello desde una aproximación cognitiva (basada en el modelo de Beck) y desde el modelo de afrontamiento de Lazarus.

Sabemos que en muchas ocasiones se puede hacer poco o nada para evitar que se sucedan determinados acontecimientos estresantes, ya que de hecho forman parte de la vida. Sin embargo sí podemos moderar los efectos perjudiciales que estos estresores tienen en la calidad de vida de las personas e incluso en el curso de la enfermedad. Por ello las intervenciones psicológicas se han dirigido al entrenamiento de estrategias de afrontamiento adaptativas y las investigaciones buscan qué estrategias son más adaptativas en la adaptación y evolución del paciente oncológico.

En este sentido estos autores desarrollan su Terapia Psicológica Adyuvante para pacientes oncológicos y la denominan así porque enfatizan en que debe ser parte del tratamiento

multidisciplinar que se les ofrece a todos los pacientes. Tiene como objetivos fundamentales mejorar la calidad de vida de los pacientes disminuyendo el distrés psicológico e inducir un espíritu de lucha como estrategia de afrontamiento ante la enfermedad.

Moorey y Greer conceptualizan un **esquema de supervivencia** ante el cáncer que surge de la relación entre el conocimiento del diagnóstico de cáncer y la forma en que el sujeto lo percibe, las reacciones emocionales que suscita y las estrategias de afrontamiento que, en relación con lo anterior, pone en funcionamiento. El esquema de supervivencia tiene en cuenta tres elementos: la evaluación cognitiva sobre el cáncer, el estilo de afrontamiento y las reacciones emocionales.

La *evaluación cognitiva* se refiere a la valoración que el sujeto hace sobre el diagnóstico, el pronóstico y el grado de control que percibe respecto a la enfermedad. Plantean estos autores que el significado personal que se le atribuye a la experiencia oncológica es un factor muy importante que determinará el afrontamiento de la enfermedad. En función de la valoración (recordemos la valoración primaria y secundaria de Lazarus) que se haga del diagnóstico de cáncer se genera un desequilibrio en el individuo en el que en función de la percepción de la situación estresante como desafío, amenaza, pérdida o negación generará una respuesta cognitiva, emocional y conductual asociada a sus estrategias de afrontamiento.

Teniendo en cuenta la triada cognitiva de Beck, sugieren una triada en la evaluación cognitiva que incorpora los siguientes elementos:

1. Visión del diagnóstico.
2. Control percibido.
3. Visión del pronóstico.

La evaluación que el paciente realiza del diagnóstico de su enfermedad puede hacerse de cuatro formas diferentes:

- La enfermedad como un *desafío* o *reto* personal que se puede superar o vencer.
- La enfermedad como una gran *amenaza* para la propia salud, capaz del superar a la persona y destruirla.
- La enfermedad como un *daño* o una *pérdida* del estado de bienestar, algo irreversible que ya no se podrá recuperar.
- La valoración de la enfermedad como una *negación* en la que el paciente niega la existencia de la amenaza y no quiere admitir la realidad.

El segundo componente del esquema de supervivencia al que nos referíamos es el *estilo de afrontamiento* que el paciente empleará en función de la valoración del diagnóstico y de la valoración de las posibilidades de control se genera un estilo de afrontamiento ante la enfermedad.

Las *reacciones emocionales* a las que se refieren Moorey y Greer están determinadas por la forma en la que el sujeto percibe y

da significado a su enfermedad y por el grado de control sobre la situación.

Por lo tanto, en función de estos tres componentes estos autores sugieren que (integración de González Martínez, 2004), ante la experiencia del diagnóstico de la enfermedad, la persona podrá experimentarla de cinco maneras diferentes (figura 10) (esquema de supervivencia):

### **1. *Espíritu de lucha.***

Evaluación cognitiva:

- Visión del diagnóstico: reto.
- Percepción de control: presente.
- Visión del pronóstico: optimista, positivo.

Estrategias de afrontamiento:

- Búsqueda moderada de información.
- Papel activo en la recuperación, intentos por seguir una vida normal.

Respuesta emocional:

- Positiva, ira, ligera ansiedad.

### **2. *Evitación o negación.***

Evaluación cognitiva:

- Visión del diagnóstico: no hay amenaza, error diagnóstico.
- Percepción de control: no se lo plantea.
- Visión del pronóstico: optimista.

Estrategias de afrontamiento:

- No pensar en la enfermedad. Minimización.

Respuesta emocional:

- Sereno.

### **3. *Fatalismo - Resignación pasiva.***

Evaluación cognitiva:

- Visión del diagnóstico: amenaza o pérdida.
- Percepción de control: no hay control, se pone en manos del médico.
- Visión del pronóstico: resignación, aceptación estoica, “lo que tenga que ser será”.

Estrategias de afrontamiento:

- Aceptación pasiva.
- Ausencia de estrategias dirigidas al problema.

Respuesta emocional:

- Sereno.

### **4. *Desesperanza - Indefensión.***

Evaluación cognitiva:

- Visión del diagnóstico: gran amenaza. Pérdida.
- Percepción de control: no puede ejercer control. Sobrepasado.
- Visión del pronóstico: pesimista.

Estrategias de afrontamiento:

- Rendición ante la enfermedad.

- No hay estrategias ni dirigidas al problema ni a la emoción.

Respuesta emocional:

- Negativo, aparece la depresión.

## **5. Preocupación ansiosa.**

Evaluación cognitiva:

- Visión del diagnóstico: gran amenaza. Error en el diagnóstico.
- Percepción de control: incertidumbre sobre lo que se puede hacer frente a la situación tanto presente como sobre futura.
- Visión del pronóstico: incertidumbre, incierto.

Estrategias de afrontamiento:

- Búsqueda compulsiva de información, medicinas alternativas, rumiación excesiva, atención desbordada a los síntomas físicos. Cualquier cambio en los síntomas lo interpreta como una progresión de la enfermedad.

Respuesta emocional:

- Ansiedad, preocupación ansiosa.

Figura 10. *Resumen esquema supervivencia de Moorey y Greer (1989).*



### **1.2.3. Relaciones entre Afrontamiento y Personalidad**

Una de las limitaciones del modelo transaccional del estrés y afrontamiento descrito por Lazarus y Folkman (1984) es que no establece predicciones entre la percepción del estresor como no deseable y el uso de estrategias de afrontamiento y mantiene que la evaluación de la situación estresante es el determinante del afrontamiento de la misma. En particular, el control percibido de la situación tiene un peso específico en dicha ecuación. Cuando el acontecimiento estresante es percibido como controlable se generan esfuerzos para eliminar o alterar dicha situación (afrontamiento centrado en el problema), mientras que cuando la situación es percibida como incontrolable los esfuerzos se dirigen a cambiar como

uno reacciona ante esa situación (afrentamiento centrado en la emoción).

Sin embargo, otros autores incluyeron los rasgos de personalidad porque consideraron que con ello se mejorarían las predicciones de la valoración y del afrontamiento en la exposición al evento estresante, siendo en la Psicología de la Salud donde adquiere mayor respaldo este planteamiento (Ibáñez, 1990). Se plantea que los estilos de vida influyen en el afrontamiento de los individuos y próximamente, los efectos del estrés debido a la cronicidad del acontecimiento estresante influyen en la salud de los mismos. En este sentido, las aproximaciones teóricas mantienen que la personalidad es un determinante del afrontamiento porque predispone a la persona a utilizar unas estrategias de afrontamiento u otras (Suls, David, y Harvey, 1996).

Es en este ámbito donde el Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad proporciona un contexto óptimo para definir las diferencias individuales en el uso de estrategias de afrontamiento. Este modelo establece una taxonomía general de las dimensiones de la personalidad a través de la representación de un número mínimo de rasgos necesarios para describir adecuadamente la personalidad: neuroticismo (N), extraversión (E), apertura a la experiencia (O), amabilidad (A) y responsabilidad (C) (Costa y McCrae, 1985). Las personas que puntúan alto en neuroticismo tienden a experimentar emociones negativas como ansiedad, depresión e ira y es más probable que valoren las situaciones estresantes como más

amenazantes. Los extravertidos tienden a ser más enérgicos, alegres y participativos, y tienden a valorar las situaciones estresantes como desafíos. Las personas que puntúan alto en apertura a la experiencia tienden a ser poco tradicionales e imaginativas y aprecian las experiencias estéticas. Los que puntúan alto en amabilidad se caracterizan por ser serviciales, de confianza, y sencillos. Las personas que puntúan alto en responsabilidad son fiables, trabajadores y autodisciplinados.

Existen relaciones entre estas dimensiones de la personalidad, sobre todo de extraversión y neuroticismo, y determinadas estrategias de afrontamiento (Cooper y Faragher, 1993; Van Loon, Tijhuis y Surtees, 2001). Así nos encontramos que los que puntúan alto en neuroticismo tienden a emplear más estrategias centradas en la emoción y menos en el problema. Las personas que puntúan alto en extraversión suelen estar más centrados en la acción, más positivos, buscan más apoyo social y su afrontamiento está más centrado en el problema en general.

Algunos autores establecen las relaciones entre las dimensiones básicas de la personalidad, la percepción de incontrolabilidad y de severidad del acontecimiento estresante y la estrategia de afrontamiento empleada por la persona (David y Suls, 1999). De esta manera estos autores investigaron si la personalidad modera las relaciones entre la evaluación de la situación y las estrategias de afrontamiento empleadas. Estos autores encontraron que el neuroticismo era un determinante importante del afrontamiento y que las personas que puntúan alto en esta dimensión de la

personalidad emplean más estrategias como la catarsis, la relajación (estrategias centradas en la emoción). Los que puntúan alto en extraversión emplean más la redefinición de la situación, la catarsis, la religión (estrategias centradas en la emoción) y ligeramente el apoyo social emocional. Los que puntúan alto en apertura a la experiencia utilizan menos estrategias como la distracción y más el afrontamiento directo del problema. Encontraron que las personas que puntuaban alto en responsabilidad utilizaban menos el afrontamiento religioso y menos la redefinición, y más el afrontamiento centrado en el problema. Finalmente, encontraron que la dimensión amabilidad no estaba relacionada con el empleo de ninguna estrategia de afrontamiento. En cuanto a la incontrolabilidad encontraron que ésta estaba relacionada con mayor distracción, catarsis, aceptación y apoyo social emocional y menos probabilidad de acción directa sobre el problema. Por otra parte, los acontecimientos percibidos como más severos suscitaban una mayor catarsis y religión, pero menos aceptación.

Desde el punto de vista de las dimensiones de la personalidad y el afrontamiento de la enfermedad, algunos autores (Soriano, Monsalve, Ibáñez y Gómez, 2010) encontraron la dimensión de neuroticismo como una predisposición hacia la sintomatología desadaptativa en dolor crónico. En cuanto a las estrategias de afrontamiento encontraron una relación entre neuroticismo y religión, autocontrol mental, estrategias pasivas y baja autoafirmación, confirmando la relación entre dicha dimensión de la personalidad y un afrontamiento desadaptativo. En cuanto a la dimensión de

extraversión hallaron una relación positiva con distracción y autoafirmación, indicando la relación entre dicha dimensión y estrategias de afrontamiento adaptativas. En la dimensión de apertura a la experiencia encontraron que se relacionaba con el nivel cultural, y con estrategias de afrontamiento como distracción, autocontrol mental, autoafirmación y estrategias activas. La dimensión de amabilidad estableció relaciones con empleo de la religión, bajo autocontrol mental y estrategias pasivas. Y finalmente encontraron que la responsabilidad se relacionaba con autoafirmación y con estrategias activas. Neuroticismo y amabilidad surgen en este estudio como las dimensiones de la personalidad en las que se prevé un afrontamiento más desadaptativo.

### **1.3. Personalidad**

#### **1.3.1. *Los estudios clásicos***

El estudio de la personalidad y su repercusión en la salud podemos situarlo en los griegos clásicos, Hipócrates y Galeno. Estas investigaciones no ofrecían rigurosidad científica por lo que en el siglo pasado hubo una proliferación de investigaciones que de una manera o de otra, y con una metodología aceptable, establecían las relaciones entre la personalidad y las enfermedades físicas (factores predisponentes).

Entre los años cincuenta y sesenta el psicoanálisis intenta dar respuesta a las relaciones entre personalidad y cáncer, intentando

detectar un perfil de personalidad típico de cada enfermedad cancerosa, buscando un posible simbolismo entre patología psíquica y localización tumoral. Reznikoff (1955) estudió la personalidad de mujeres con cáncer de mama, con patología benigna y, mujeres sanas, utilizando tests proyectivos (T.A.T) y encontró con respecto al contenido dinámico de la personalidad determinadas alteraciones en la identidad femenina en las mujeres con cáncer de mama, además de actitudes negativas hacia el embarazo.

Leshan y Worthington (1956) encontraron que había correlatos de personalidad de cáncer y que diferentes localizaciones tumorales correlacionaban con variaciones de la personalidad. Algunas de las características más comunes de las personas afectas de cáncer eran la pérdida de una relación importante, la inhibición de la hostilidad, tensiones no resueltas en la relación con los padres e historia de trastorno sexual. Otras investigaciones tratan de establecer las relaciones psicoanalíticas entre traumas infantiles (especialmente la separación de los padres) y las dificultades del adulto con respecto a relaciones interpersonales y conyugales en pacientes con cáncer (Kissen, 1967). Hagnell (1966) realizó una investigación en los años cuarenta con 2550 mujeres con un seguimiento de diez años. Encontró que entre las mujeres que tenían una personalidad caracterizada por melancolía y extraversión había una mayor incidencia de cáncer.

Como hemos visto en la historia de la Psicooncología, los primeros pasos en el diagnóstico y tratamiento de cáncer iban de la

mano de otra enfermedad que era la tuberculosis. Algunos autores (Levendel, 1975) compararon la personalidad de las personas que padecían ambas enfermedades utilizando el instrumento de evaluación Rorschach, y encontraron que las personas con cáncer se diferenciaban de las que tenían tuberculosis y de los sanos en las siguientes categorías: desintegración de la imagen corporal, desintegración de objetos, reacción de pánico y simbolismo de la muerte y del nacimiento.

En los años setenta se realizaron múltiples investigaciones en Estados Unidos con veteranos de guerra que dieron lugar a establecer un perfil de personalidad que predisponía al cáncer. Dattore et al. (Dattore, Shontz y Coyne, 1980) realizaron una investigación en la que revisaron 3.000 historiales de los cuales seleccionaron 200 para representar dos grupos: uno con diagnóstico de cáncer (n=75) con diagnóstico de cáncer de pulmón, próstata y múltiples carcinomas, y otro (n=125) de no cáncer que presentaba neoplasias benignas, hipertensión, ulcera gastrointestinal, esquizofrenia y sin diagnóstico. Se utilizó el Minnesota Multiphasic Personality Inventory para la evaluación de la personalidad. Encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, indicando que el grupo de pacientes con cáncer presentaba mayor represión y menos depresión auto-informada (dado que la depresión representa una emoción amenazante la informaban menos).

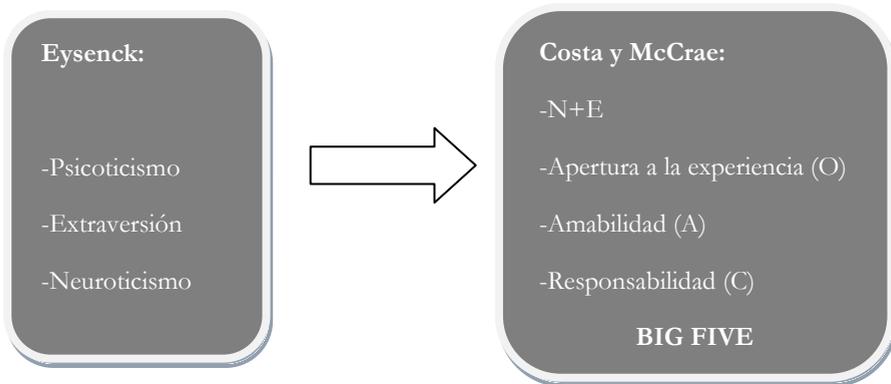
### **1.3.2. El Modelo de los Big Five**

Los antecedentes del modelo de los *Big Five* se remontan a los años cuarenta, pero fue Cattell (1943) el que empezó a interesarse por los rasgos estables realizando análisis factoriales de términos que describían las dimensiones básicas de la personalidad. En los años sesenta distintos autores realizaron análisis similares encontrando cinco factores relevantes.

En los años ochenta fue Goldberg (1981) desde una perspectiva léxica quien dirigió numerosas investigaciones y fue el que empleó por primera vez el término *Big Five*. Goldberg realizó distintos análisis factoriales y rotaciones de factores en una muestra de estudiantes universitarios, de donde de extrajo una estructura penta factorial.

Recordemos en este punto las dos grandes dimensiones postuladas por Eysenck, neuroticismo y extraversión como las estructuras definitorias de la personalidad (Eysenck, 1970). Sin embargo, algunos investigadores consideraban estas dimensiones escasas a la hora de explicar la personalidad. Costa y McCrae apuntaron tres dimensiones de personalidad: las dimensiones neuroticismo y extraversión de Eysenck, y añaden otra denominada *apertura a la experiencia* (O del inglés Open). Estas investigaciones condujeron a la creación del inventario de personalidad NEO-PI. Posteriormente, a las tres escalas originales les añadieron dos nuevas: *amabilidad* (A del inglés Agreeableness) y *responsabilidad* (C del inglés Conscientiousness) (figura 11).

Figura 11. Dimensiones de la personalidad: Eysenck y Costa y McCrae.



El *Modelo de los Cinco Grandes* de Costa y McCrae postula que la personalidad puede ser definida en función de cinco áreas de contenido, cada una de ellas incluye unas facetas de menor amplitud y correlacionadas entre sí (figura 12); las diferencias individuales en estas áreas son estables a lo largo del tiempo, tienen una base genética y derivan de unos mecanismos internos; y, se puede describir a las personas tanto a nivel general considerando los factores, como a nivel más específico mediante la medición y el estudio de las facetas.

La dimensión de *neuroticismo* describe el ajuste y la estabilidad emocional frente al desajuste o neuroticismo. Se asocia a la tendencia a experimentar sentimientos negativos tales como miedo, melancolía, vergüenza, ira, culpabilidad y repugnancia. También muestra la propensión a tener ideas irracionales, a ser menos capaz de controlar los impulsos y a enfrentarse peor al estrés. Quienes

puntúan alto en neuroticismo tienen más riesgo de tener problemas psiquiátricos, mientras que los que puntúan bajo son emocionalmente estables, más tranquilos, sosegados y relajados, y son capaces de enfrentarse a situaciones estresantes sin alterarse ni aturdirse.

Las facetas del *neuroticismo* son:

- Ansiedad: describe una persona aprensiva, temerosa, premiosa, nerviosa, tensa y voluble.
- Hostilidad: tendencia a experimentar ira, frustración y rencor. El nivel de expresión de la ira dependerá del nivel de amabilidad.
- Depresión: tendencia a experimentar afectos depresivos, culpa, melancolía, desesperanza y soledad; se desanima fácilmente y a menudo está abatido.
- Ansiedad social: emociones de vergüenza y turbación, se siente incómodo, es sensible al ridículo y propenso a sentimientos de inferioridad.
- Impulsividad: incapacidad de controlar los apetitos y arrebatos. Menor tolerancia a la frustración.
- Vulnerabilidad: la vulnerabilidad al estrés se asocia a la incapacidad para luchar contra el estrés, haciéndose dependientes, desesperanzado o aterrorizado cuando se encuentra en situaciones de emergencia.

La *extraversión* implica sociabilidad, pero también vinculación con la gente y preferencia por grupos y reuniones. Los extravertidos son asertivos, activos y habladores, les gusta la excitación y la estimulación y suelen tener un carácter alegre, son animosos, enérgicos y optimistas y correlaciona con ocupaciones emprendedoras (Costa y McCrae, 2008). El introvertido se describe por la carencia de *extraversión*, no por lo opuesto. Son más reservados, más independientes, más constantes y prefieren estar solos (aunque no sufren necesariamente ansiedad social).

Las facetas de la *extraversión* son:

- **Cordialidad:** afectuoso y amistoso, le gusta la gente y establece fácilmente relaciones con otros. Los que puntúan bajo son más formalistas y reservados y de modales distintos.
- **Gregarismo:** se refiere a la preferencia por la compañía de los demás.
- **Asertividad:** dominante, animoso, socialmente destacado y a menudo se convierte en líder.
- **Actividad:** se considera indicio de rapidez y energía y el sujeto siente necesidad de estar siempre ocupado.
- **Búsqueda de emociones:** ansía la excitación y la estimulación, le gustan los colores vivos y los ambientes ruidosos.

- Emociones positivas: tendencia a experimentar alegría, felicidad, amor y entusiasmo, se ríe con facilidad y con frecuencia es cariñoso y optimista. Es la faceta más importante para predecir la felicidad.

Los componentes de la dimensión de *apertura a la experiencia* son la integración activa, la sensibilidad estética, atención a los sentimientos interiores, preferencia por la variedad, curiosidad intelectual e independencia de juicio. Estas personas están interesadas tanto por el mundo exterior como por el interior y sus vidas están enriquecidas por la experiencia, tienen en cuenta nuevas ideas y valores no convencionales y experimentan las emociones de manera más profunda. También se asocia a menudo con el nivel de educación y las medidas de inteligencia, como es el pensamiento divergente que contribuye a la creatividad, pero no es en absoluto equivalente a inteligencia. Son más “abiertos” y poco convencionales, dados a cuestionar la autoridad y dispuestos a aceptar nuevas ideas éticas, sociales y políticas. Los que puntúan bajo tienden a ser convencionales en su comportamiento y de apariencia conservadora, prefieren lo familiar a lo novedoso y sus respuestas emocionales son apagadas. Estas personas suelen ser social y políticamente conservadoras, y no se consideran autoritarias.

Las facetas de *apertura a la experiencia* son:

- Fantasía: la persona posee una imaginación ardiente y vida fantástica activa. Elabora y desarrolla sus fantasías y cree que la imaginación proporciona una vida rica y creativa.

- Estética: el individuo tiene un aprecio por el arte y la belleza, la poesía, la música y el arte en general.
- Sentimientos: implica receptividad de sus propios sentimientos y emociones interiores y se considera la emoción como una parte importante de la vida. Siente más intensamente que los demás tanto la felicidad como la desdicha.
- Acciones: conductas tendentes a intentar nuevas actividades, nuevos lugares, comer alimentos exóticos. Prefiere la novedad y la variedad a la familiaridad y la rutina.
- Ideas: se refiere a la curiosidad intelectual, búsqueda activa de intereses individuales como curiosidad mental y deseo de considerar ideas nuevas y poco convencionales. Disfrutan de discusiones filosóficas y de problemas ingeniosos.
- Valores: indica la disposición para cuestionar los valores sociales, políticos y religiosos.

La *amabilidad* es una dimensión fundamentalmente de las tendencias interpersonales. La persona amable es altruista, simpatiza con los demás, está dispuesta a ayudarles y cree que los otros se sienten igualmente satisfechos de hacer lo mismo. Por el contrario, la persona antipática es egocéntrica, suspicaz con respecto a las intenciones de los demás y opositora más que cooperadora. Cabe

decir que ni un polo ni otro de esta dimensión es mejor o peor desde el punto de vista social o de la salud mental del individuo. Por una parte las puntuaciones altas en amabilidad se asocian con el trastorno de la personalidad dependiente, mientras que las puntuaciones bajas se asocian con trastornos narcisistas, antisociales y paranoicos de la personalidad.

Las facetas de *amabilidad* son:

- **Confianza:** creencia de que los demás son honestos y bien intencionados.
- **Franqueza:** el individuo es franco, sincero e ingenuo. No es una escala de mentiras.
- **Altruismo:** el individuo se preocupa activamente por el bienestar de los otros.
- **Actitud conciliadora:** se refiere a una tendencia a ser condescendiente con los demás, a inhibir la agresión y a olvidar y perdonar. Estas personas son apacibles y benignas.
- **Modestia:** indica humildad y describe una persona que trata de pasar desapercibido aunque no necesariamente carezca de autoconfianza o autoestima.
- **Sensibilidad a los demás:** se refiere a actitudes de simpatía y preocupación por los demás. El individuo se siente

afectado por las necesidades ajenas y da importancia a la vertiente más humana de las normas sociales.

La dimensión de *responsabilidad* se refiere a un proceso de autocontrol sobre la planificación, organización y ejecución de tareas. Las personas responsables son voluntariosas, porfiados y decididos. Las puntuaciones altas se asocian con el rendimiento académico o profesional y el polo negativo puede conducir a un excesivo sentido crítico, a una pulcritud compulsiva o a una conducta de adicción al trabajo. Estas personas son escrupulosas, puntuales y fiables. Los que puntúan bajo en responsabilidad no carecen necesariamente de principios morales, pero son menos rigurosos en aplicarlos porque son más descuidados en luchar por sus objetivos.

Las facetas de la *responsabilidad* son:

- Competencia: describe la sensación que uno tiene de su propia capacidad, sensibilidad, prudencia y eficacia. Los que puntúan alto se consideran que están bien preparados para la vida y correlaciona con autoestima y locus de control interno.
- Orden: se refiere a una persona pulcra, bien organizada y limpia.
- Sentido del deber: el individuo se adhiere estrictamente a sus principios éticos y cumple escrupulosamente sus obligaciones morales, mientras que el que puntúa bajo es poco fiable.

- Necesidad de logro: el individuo posee altos niveles de aspiración y trabaja intensamente para lograr sus objetivos; es diligente y resuelto y se marca una dirección en la vida.
- Autodisciplina: habilidad para iniciar tareas y llevarlas a cabo hasta el final a pesar de los inconvenientes y las distracciones, tiene capacidad para motivarse a sí mismo hasta conseguir terminar la tarea.
- Deliberación: tendencia a pensar mucho las cosas antes de actuar, reflexivo y prudente.

Desde la perspectiva basada en los cuestionarios, se han hecho esfuerzos por delimitar el contenido de estas dimensiones a través de las facetas que serviría para aproximarse a una estructura jerárquica de la personalidad con distintos niveles de generalidad. Costa y McCrae (1980, 1992, 2008) establecen las facetas o rasgos específicos de cada dimensión resultando 240 ítems, con 6 facetas cada dimensión (5 dimensiones x 6 facetas x 8 ítems). No se ha publicado ningún otro instrumento para evaluar los cinco factores y sus facetas.

Figura 12. *Dimensiones de la Personalidad y sus facetas.*



### 1.3.3. *Personalidad y enfermedad médica: las teorías actuales.*

Los estudios más recientes tratan de establecer las relaciones entre la Psicología de la Salud y la Psicología de la Personalidad, siendo uno de los objetivos fundamentales utilizar medidas de personalidad en el análisis de las manifestaciones de la salud y el estrés y sus posibles influencias en la salud. Por ello se necesitan nuevos modelos que expliquen las enfermedades psicosomáticas. También el uso de los rasgos de personalidad para predecir conductas de salud y el cumplimiento de las prescripciones médicas es un área de interés. Con respecto a esto último sabemos también

que algunas dimensiones de la personalidad favorecen más la adquisición de determinadas conductas más saludables.

Teniendo en cuenta lo plantado hasta ahora, es necesario cuestionarse, como señalan Ibáñez, Andreu y Durá (1993), si existe una personalidad proclive al cáncer, o muchas, o si existen variables psicológicas específicas para cada tipo de cáncer. Estos autores plantean que para comprender mejor los factores psicológicos que pueden intervenir en el cáncer, se debe realizar un análisis de los procesos fisiológicos que podrían mediar entre los factores psicológicos y la enfermedad. Algunas de las teorías que presentamos a continuación hacen hincapié en estos aspectos (Ibáñez, Romero y Andreu, 1993).

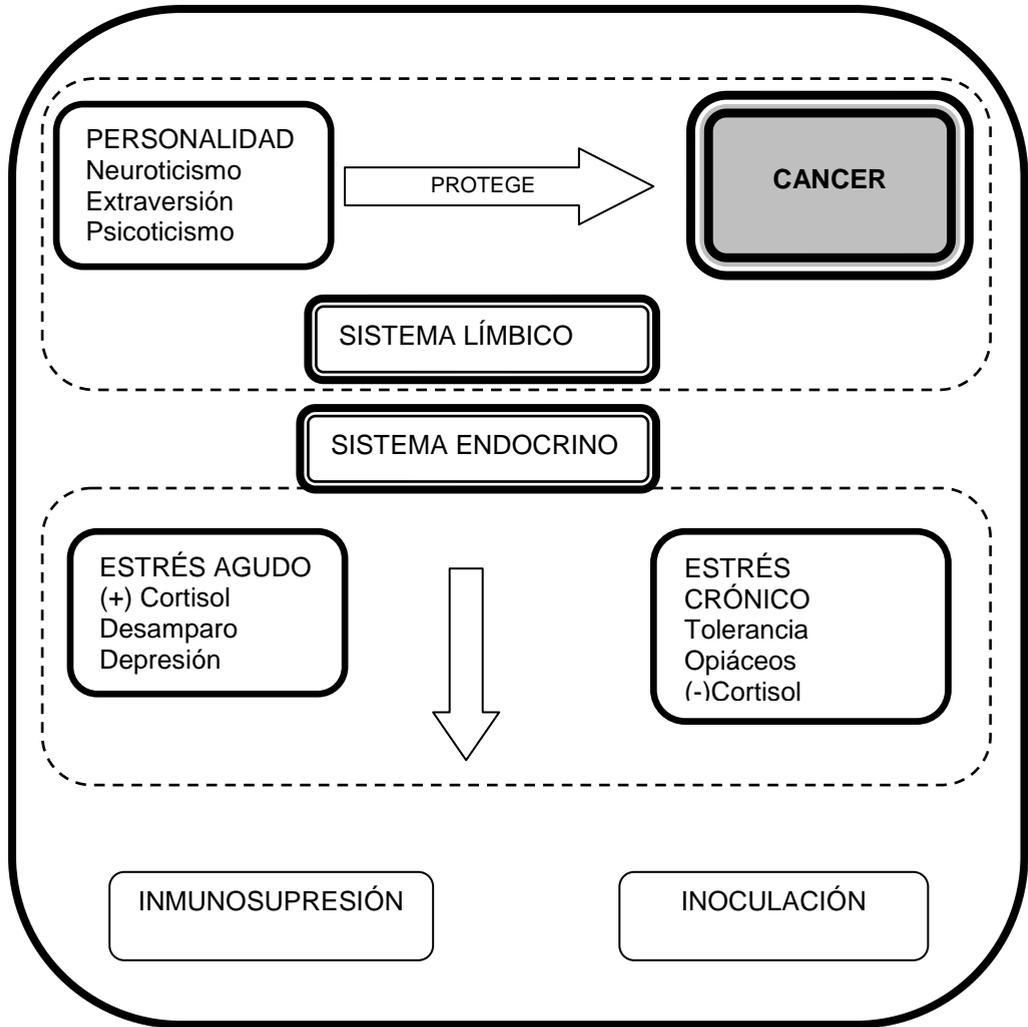
#### **1.3.3.1. El Modelo de Inoculación de Estrés de Eysenck (1985).**

Eysenck propone su **modelo de inoculación del estrés**, en el cual establece las relaciones entre el estrés y su repercusión en el sistema endocrino y límbico, así, el estrés crónico podría tener un efecto de inoculación contra el cáncer, mientras que el estrés agudo podría facilitar la aparición del mismo. Dicho de otra manera, en su modelo Eysenck plantea que determinadas hormonas y opiáceos endógenos influyen tanto sobre la personalidad como sobre el sistema inmunológico. Por otra parte, el sistema endocrino puede verse afectado por el estrés y por cambios en el patrón de personalidad. Si esta situación se mantiene, el estrés agudo puede

producir inmunosupresión y cáncer, mientras que el estrés crónico podría producir un “efecto de inoculación”, es decir, que esta persona aprendería a convivir con el estrés, generando mecanismos de adaptación adecuados y por tanto, el estrés tendría en este caso un efecto protector contra el cáncer.

Uno de los modelos más impactantes entonces, y vigentes hasta la actualidad, fue el de Eysenck que identificó relaciones directas entre un perfil de personalidad y cáncer. Eysenck (1984) planteaba el cáncer como una enfermedad psicosomática, estableciendo una relación entre un perfil de personalidad relacionado con el estrés y el cáncer de pulmón, y entendiendo ésta como factor de riesgo. La incidencia de este tipo de cáncer se relacionaba positivamente con extraversión y negativamente con neuroticismo. Desarrolla su hipótesis que defiende que ambos, la propensión al cáncer y al consumo de tabaco, están genéticamente determinados y mediatizados por los rasgos de personalidad mientras se generan cambios en los niveles hormonales y en la respuesta inmunológica (1989). En 1987, describe un tipo de personalidad predisponente a la enfermedad cardiovascular basado en la agresividad, la ansiedad y el neuroticismo y defiende la existencia de otro tipo de personalidad predisponente al cáncer en el cual los rasgos principales son: 1) la incapacidad para expresar emociones y la consecuente supresión de las mismas, y 2) la incapacidad para afrontar el estrés, generando sentimientos de desesperanza e impotencia.

Figura 13. Modelo efecto inoculación del estrés de Eysenck (1985)



Las características básicas del sujeto tipo C manejadas en el modelo del “efecto de inoculación” propuesto por Eysenck (1985) son la alta estabilidad emocional, bajo psicoticismo y alta extraversión. Eysenck (figura 13) aplica su modelo básico de personalidad al

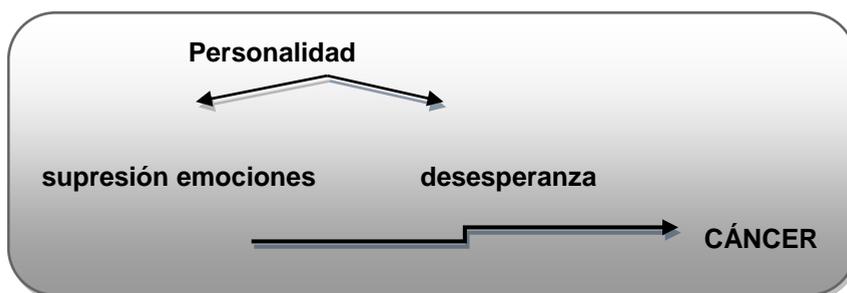
campo de la psicología oncológica y así, a partir de los resultados en neuroticismo obtenidos en los pacientes con cáncer, las características de calidez y cordialidad que asume como relacionadas con extraversión y las de hostilidad e ira, que vincula con la dimensión de neuroticismo, Eysenck plantea que la persona con riesgo de desarrollar una enfermedad oncológica presenta puntuaciones bajas en factores de personalidad como neuroticismo y psicoticismo (y, probablemente, puntuaciones altas en extraversión).

Eysenck (1990) va más allá, y establece junto su discípulo Grossarth-Maticek (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990), que el estrés como una causa potente de muerte, atribuyendo a la personalidad un valor predictor de cáncer en personas sanas con un 81% de fiabilidad. En un grupo de pacientes con cáncer de boca y faringe encontró que la personalidad junto con el tabaco y el alcohol predisponen a dicha enfermedad y que por lo menos el 80% de los pacientes mostraba esta combinación. La magnitud de estos resultados ha sido ampliamente criticada en una edición especial del *Psychological Inquiry* (1991).

En base a todos estos estudios se propone un sistema de clasificación de la personalidad de seis tipos (Grossarth-Maticek, Eysenck y Vetter, 1988). En este sistema de clasificación se pueden establecer similitudes con los tipos de personalidad, donde el tipo 2 correspondería a la personalidad tipo A y el tipo 1 a la personalidad tipo C de Temoshok (Temoshok y Dreher, 1992). Las personas *Tipo 1* (propensión al cáncer) tendían a morir de cáncer y se definían por ser excesivamente colaboradoras, aparentes, no asertivas, pacientes,

evitadoras de conflictos, búsqueda de armonía, supresión emocional e incapacidad de manejar el estrés interpersonal, lo cual les llevaba a sentimientos de desesperanza e impotencia. Las personas *Tipo 2* (propensión a cardiopatía) tendían a morir de enfermedad cardíaca. Tenían problemas con la hostilidad y la agresión en las relaciones con otras personas. La personalidad *Tipo 3* es una mezcla del Tipo 1 y 2, siendo el Tipo 1 más introvertido y el Tipo 2 más extravertido. Las personas *Tipo 4* (autónomas, psicológicamente sanas) tendían a sobrevivir, así como las Tipo 3 que muestran una personalidad histérica. Donde Tipo 1 y 2 son más neuróticos, mientras que el Tipo 4 se caracterizaría por bajo neuroticismo. La personalidad *Tipo 5* se caracteriza por conductas poco emocionales y excesiva racionalización. Estas personas tendrían más riesgo de depresión y cáncer (figura 14). Las personas con personalidad *Tipo 6* muestran conductas antisociales y tienen más riesgo de consumo de drogas y conductas criminales.

Figura 14. *Relación entre personalidad y cáncer.*



Los Tipos de Personalidad A, B y C se definirían de la siguiente manera: el Tipo A se caracteriza por una mayor

competitividad, sobrecarga laboral, impaciencia, hostilidad, alto neuroticismo, alto psicoticismo y actividad (relacionado con cardiopatía); el Tipo B generaría reacciones intermedias ante el estrés; y el Tipo C se describe con sobrecarga laboral, cooperatividad, paciencia, represión de la ira, bajo neuroticismo, bajo psicoticismo e impotencia.

Sin embargo, y a pesar de todos los planteamientos de Eysenck y de su solidez y método científico, hemos de decir que otros autores encontraron que no existían diferencias en la personalidad de personas sanas y personas con cáncer. Ejemplo de ello fue Fisher (1995) que seleccionó un grupo de mujeres con cáncer de mama y las comparó con mujeres sanas y mujeres en recaída. Utilizó como medida de la personalidad el Inventario NEO basado en los Big Five, y encontró que no había diferencias significativas en las dimensiones de personalidad.

### **1.3.3.2. *El Modelo Psicoimmunológico de Greer y Watson (1985)***

Greer y Watson (1985) consideran que los aspectos psicológicos mediatizan las respuestas ante acontecimientos estresantes; estos aspectos psicológicos se definen bien como dimensiones de personalidad, bien como estrategias de afrontamiento o bien como actitudes. El aspecto central de la conducta Tipo C, incluye la supresión de las respuestas emocionales negativas, en particular, la ira. Esto es, los sujetos son conscientes de las emociones negativas, aunque suprimen las reacciones conductuales.

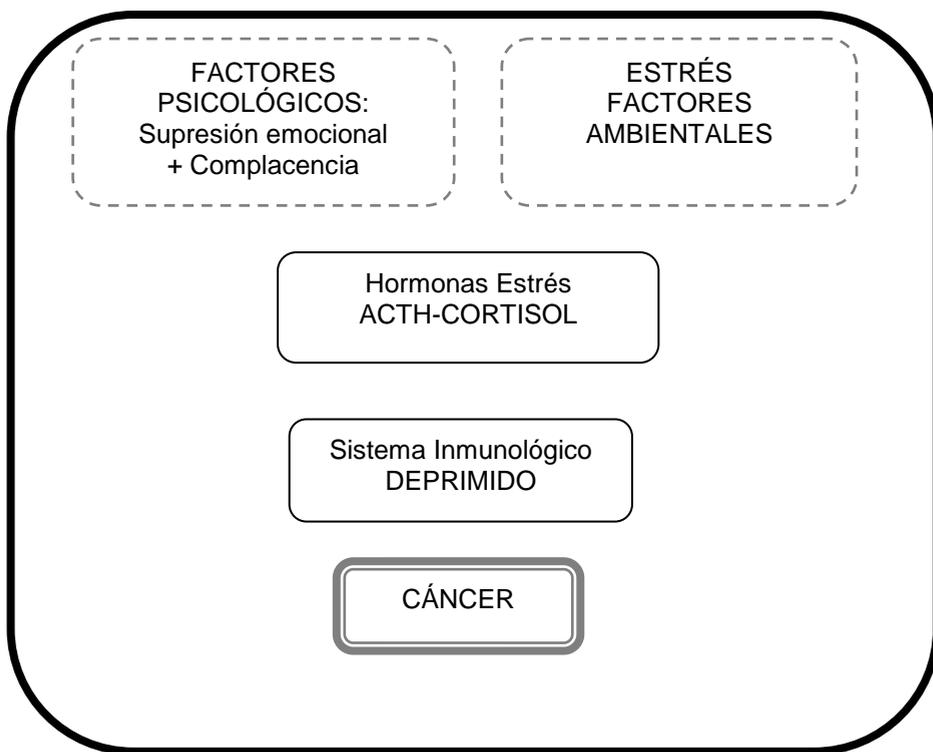
El modelo psicoimmunológico de Greer y Watson, aplicado fundamentalmente a mujeres con cáncer de mama, considera que los factores psicológicos mediatizan las respuestas inmunológicas ante acontecimientos estresantes. Estos autores plantean que algunas respuestas psicológicas ante dichos estresantes hacen a los individuos más vulnerables al distrés, que segregan más cortisol, lo cual debilita su sistema inmunológico. Este deterioro en el sistema inmunológico resitúa su sistema exponiéndolo a la carcinogénesis o a la reproducción de células cancerígenas.

En su modelo psicobiológico el patrón de respuesta Tipo C aparece como característico en los pacientes con cáncer y se diferencia por: una supresión de emociones (especialmente la ira y el enfado) y por un conformismo y complacencia. Según su modelo hipotetizan que la supresión de las emociones parece tener efectos biológicos particulares, dentro de los que están un incremento de la excitación autonómica y de las respuestas endocrinas e inmunológicas durante el estrés (figura 15).

Además de lo dicho, Watson añade en 1988 una diferenciación entre las investigaciones centradas en los estadios iniciales de la enfermedad, que analizan el efecto de las variables psicológicas en la gestación del cáncer y de las recidivas; y por otra parte, los estudios que se centran en la fase terminal y analizan la relación entre las variables psicológicas y el tiempo de supervivencia. En este sentido Watson afirma que cuando la enfermedad está claramente presente, lo que influye en la supervivencia son las variables biológicas más

que las psicológicas; pero que, en las fases iniciales de la enfermedad los factores psicológicos tienen una influencia en el pronóstico de la enfermedad, pudiendo predecir la evolución del enfermo.

Figura 15. *Modelo psicoimmunológico de Greer y Watson (1985).*



### 1.3.3.3. *El Modelo de Procesos de Control de Temoshok (1987)*

Temoshok (1987) propone un **modelo procesual de estilo de afrontamiento y cáncer**, donde el foco de atención se centra en el tipo de respuesta que las personas emiten ante situaciones o

acontecimientos vitales estresantes (no en los factores de personalidad).

Temoshok propone tres factores psicológicos fundamentales en la progresión del cáncer, bien individualmente o en combinación. Según este autor los tres actúan, aunque en distintos momentos, tanto en la génesis como en la progresión y recurrencia del cáncer.

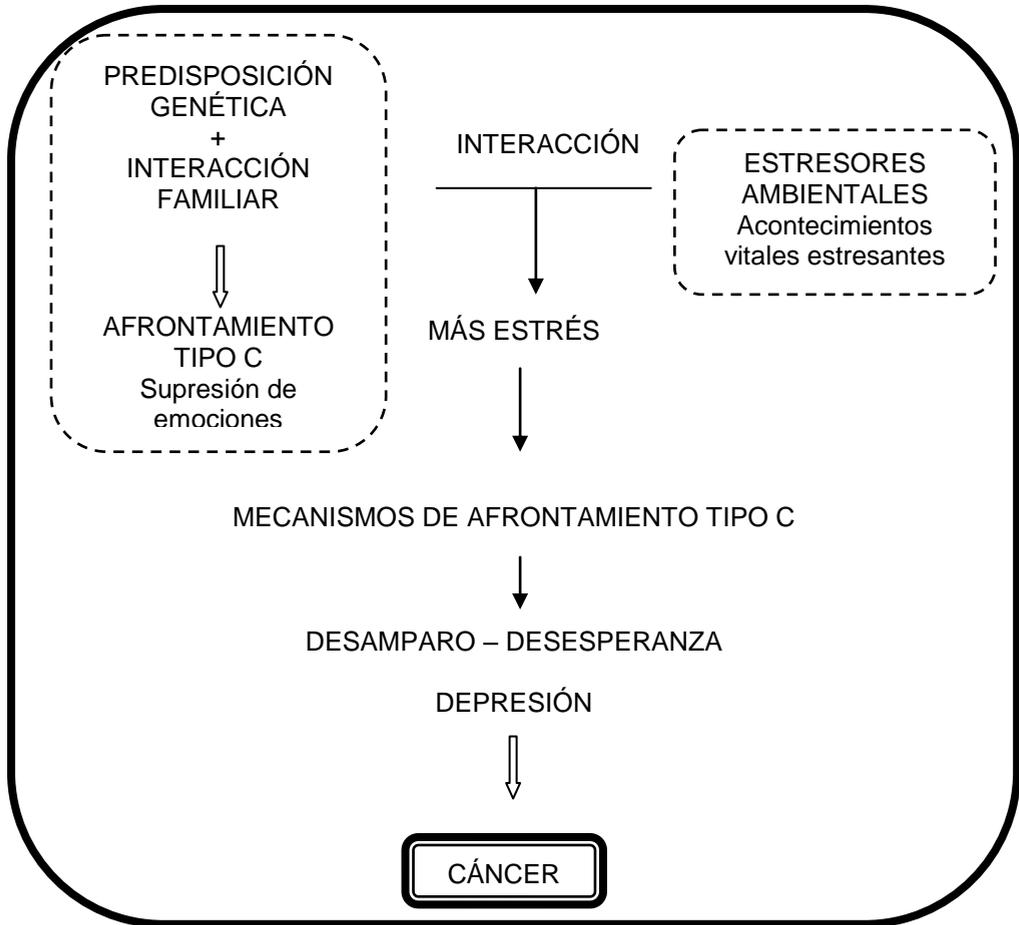
- a) Estilo de afrontamiento tipo C.
- b) Expresión emocional.
- c) Desamparo / desesperanza.

El estilo de afrontamiento Tipo C, que tiene su origen fundamentalmente en patrones de interacción familiar, opera a partir de la creencia básica de que es inútil e incluso problemático expresar las propias necesidades, miedos o quejas porque, no solo no serán satisfechas sino que además pueden acarrearle a uno el rechazo de los demás. Así el estilo tipo C supone anular las necesidades de uno en las de los demás, hasta el punto de que lo que puede empezar como una supresión consciente de síntomas físicos (dolor, fatiga) y psicológicos (soledad, tristeza, temor, ira), termina convirtiéndose en un patrón habitual de ignorar e incluso reconocer tales síntomas. Temoshok señala que a pesar de la apariencia adaptativa del estilo de afrontamiento Tipo C, el coste psicológico y biológico de las necesidades insatisfechas es alto. De hecho, del sujeto tipo C puede decirse que se encuentra crónica, aunque inconscientemente desesperanzado y desamparado y que su estrategia de represión

emocional solo consigue un aumento, nunca un alivio, de la tensión (figura 16).

El estilo de afrontamiento tipo C descrito por Temoshok se asocia con enfermedades oncológicas. Sus investigaciones las realiza principalmente con enfermos de melanoma. Los elementos que definen el estilo de afrontamiento tipo C son la inhibición y negación de reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira; y por otro lado, la expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general, en todos los ámbitos de la vida; por otra parte se relaciona con las dimensiones de personalidad de bajo neuroticismo y bajo psicoticismo.

Figura 16. El Modelo de Procesos de Temoshok



#### 1.3.3.4. El modelo prospectivo de Levy y Wise (1988)

Proponen un modelo en el que se postura un rol causal para el apoyo social percibido. El apoyo social es el que, a través del modelado y refuerzo, va a determinar el tipo de estrategias de

afrontamiento que utilice el sujeto en situaciones de estrés, así como la expresión de las emociones en tales situaciones.

Debemos tener en consideración, por tanto, que un apoyo social óptimo puede proporcionar una mayor probabilidad de que el estrés sea enfrentado y resuelto de manera constructiva –mediante estrategias activas de afrontamiento- y, también, facilitar la expresión de dicho estrés en periodos de crisis –ya que el sujeto aprende la aceptabilidad de la expresión emocional, por lo menos en parte, de las personas significativas de su entorno-.

Por lo tanto el modelo de Levy y Wise (1988) plantea la relevancia de tres factores psicosociales en el cáncer:

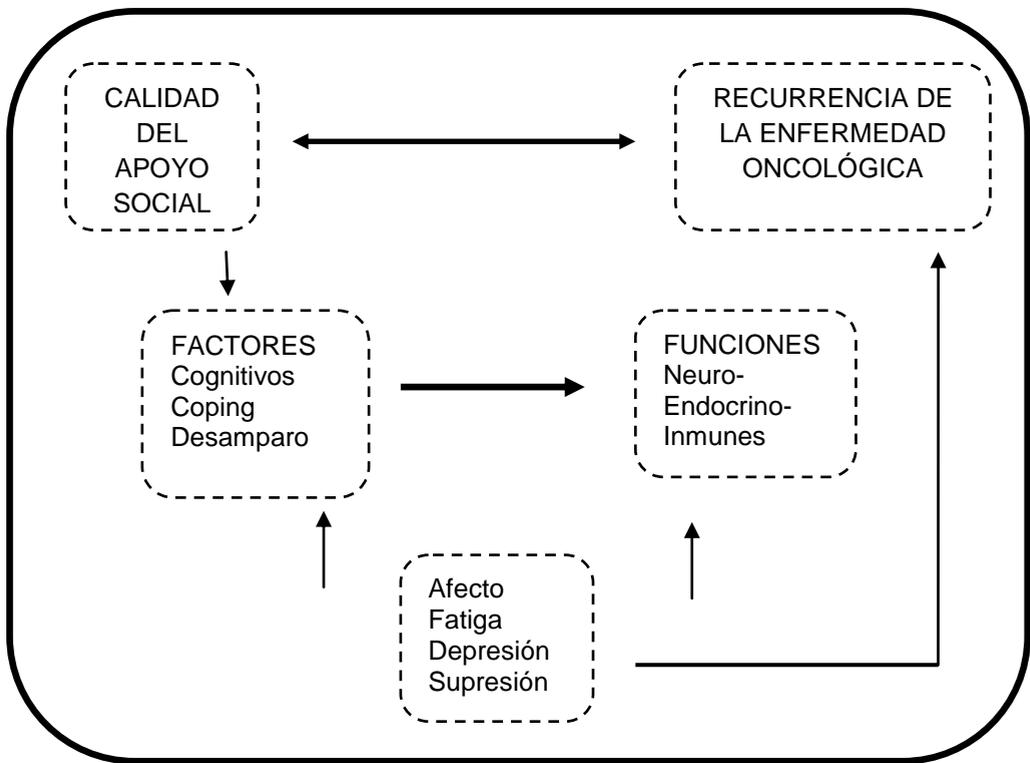
- Un apoyo social inadecuado.
- El desamparo.
- La expresión inapropiada de emociones negativas.

Tengamos en cuenta la premisa de que el apoyo social permite el modelado y refuerzo por parte de otras personas, de respuestas de afrontamiento adecuadas, lo cual incrementa la autoestima y puede nivelar las funciones neuroendocrinas e inmunológicas, mediante la reducción de los efectos fisiológicos del estrés. Por el contrario, el fracaso en afrontar adecuadamente las situaciones estresantes genera desamparo y depresión, que suponen a su vez un importante desequilibrio neuroendocrino e inmunológico. Levy (1985) plantea que la cantidad de cortisol en sangre está relacionada tanto con variables psicológicas (desamparo y desesperanza) como con el

sistema inmunológico. De tal manera que cuando un individuo reacciona a un estresor con estrategias de desamparo y desesperanza, se produce una disminución de las células Natural Killers, lo cual favorece la aparición de tumores. Estas relaciones son bidireccionales ya que el desamparo y las alteraciones emocionales pueden influir en el sistema de apoyo social y viceversa; y por otra parte, los factores biológicos de la enfermedad pueden afectar al estado de ánimo, a la conducta y al apoyo social, lo que repercutirá en la enfermedad (figura 17).

Levy y Wise concluyen que, aunque los determinantes biológicos del cáncer sean los más importantes, para algún tipo de cáncer la conducta también será determinante, y por ello plantean que mediante el cambio de ésta, se pueden obtener efectos positivos sobre el inicio de la enfermedad y la posterior evolución de la misma.

Figura 17. *Modelo prospectivo de Levy y Wise (1988).*



### 1.3.3.5. *El Modelo Bidireccional de Contrada, Leventhal, O'Leary (1990)*

En su modelo explicativo los autores establecen varias hipótesis en la relación entre los rasgos de personalidad identificados en pacientes con cáncer (no hacen distinción de tipo de tumores). De esta manera establecen que los factores psicológicos son un elemento más que pueden tener influencia y determinación en el

curso de la enfermedad oncológica. No consideran pues los factores psicológicos como responsables únicos de la gestación del cáncer.

Describen en su modelo dos grandes categorías de aspectos psicológicos que se relacionan con la enfermedad:

1. Depresión. Los estados psicológicos de indefensión/desesperanza están relacionados con el cáncer y se encuentran en muchas ocasiones asociados a la depresión. También destacan la pérdida de apoyo social que se refiere a la pérdida de personas, queridas para el sujeto, así como una pobre red de relaciones sociales y familiares y a una disminución o interrupción de los apoyos y refuerzos afectivos que todo individuo necesita.
2. Estilo de evitación emocional. El concepto clásico de represión se entiende como un estilo de personalidad asociado a procesos de conflicto, vergüenza, culpabilidad o evitación. Esta personalidad ejerce una influencia sobre el organismo y la salud, y se relaciona con el estrés y sus efectos en el sistema inmune y por lo tanto con el cáncer. La aceptación estoica de los problemas, la resignación y la actitud de no lucha ante la enfermedad del cáncer son variables que han sido considerados como integrantes de la evitación emocional y que según los autores son prevalentes en la recurrencia del cáncer y en una peor evolución. Este estilo incluye:

- Evitación de situaciones que producen una afectividad negativa.
- Falta de motivación para expresar las emociones a otras personas, con la consiguiente intensificación de este tipo de afecto.
- Aversión a afrontar acontecimientos conflictivos.
- Menor procesamiento de episodios afectivos negativos.

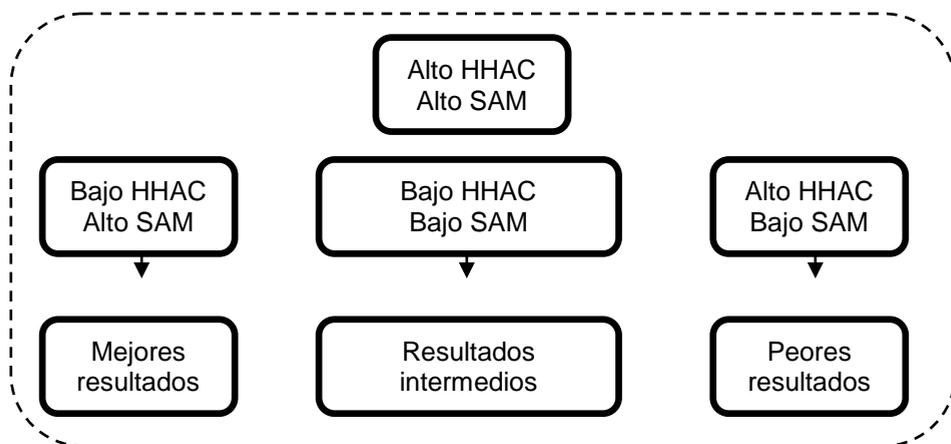
Defienden un posible papel del sistema inmune en la defensa contra el cáncer, que sería la capacidad de reconocer las células anormales para eliminarlas antes de que el tumor empiece a desarrollarse. En otra etapa posterior de la enfermedad, también el sistema inmune podría ayudar a frenar las metástasis. Los autores proponen que existe un conjunto de células linfoides pertenecientes al grupo de linfocitos grandes granulares que no expresan antígenos HLA: son las células NK (natural killer). Su actividad citotóxica no es específica frente a un determinado tumor, sino que se manifiesta ante células tumorales muy variadas, aunque no todos los tumores son igualmente sensibles a la acción de estas células.

El modelo de dos vías de Contrada, Leventhal y O'Leary (1990) defiende la influencia de la personalidad predispuesta al cáncer sobre el sistema inmune que está mediada por la acción de

dos sistemas: 1) Sistema Simpático Adrenomedular (respuesta simpática menos frecuente y menos fuerte); y 2) Eje Hipotálamo-Hipofisario Adrenocortical (liberación de cortisol más intensa y frecuente). Ambos tipos de respuesta tienen efectos negativos sobre la actividad de las células NK.

Por tanto, dependiendo de la actividad mayor o menor del Sistema Simpático Adrenomedular (SAM) y del Eje Hipotálamo-Hipofisario Adrenocortical (HHAC) en un individuo en particular, se podrían formar tres grupos de probabilidad para padecer cáncer (figura 18).

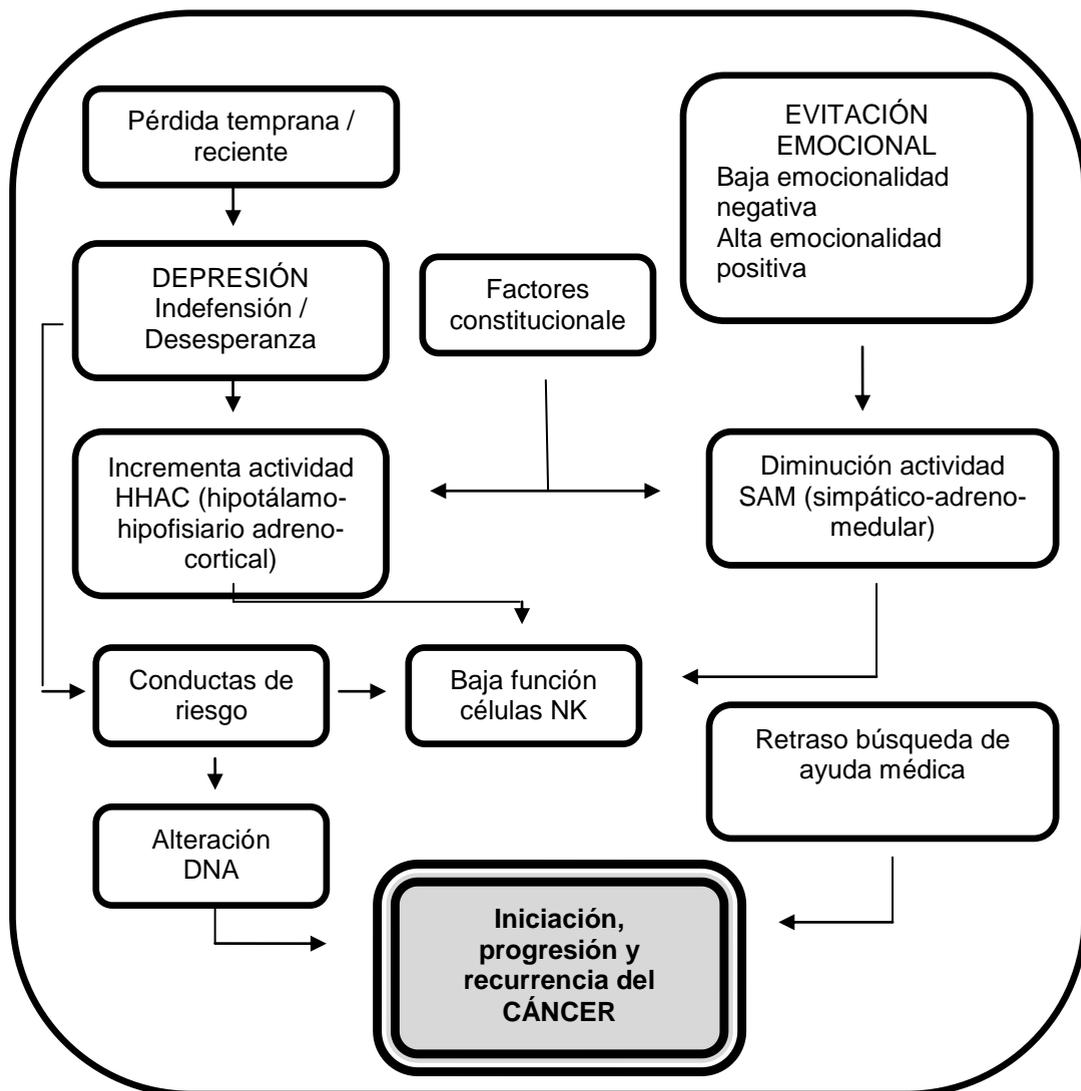
Figura 18. *Relación entre SAM y HHAC y cáncer (Conrada, Leventhal y O'Leary, 1990).*



En el modelo de Contrada, Leventhal y O'Leary la depresión, indefensión/desesperanza y la pérdida de apoyo social elevan la actividad del HHAC; y por otra parte la evitación emocional, que

incluye la baja emocionalidad negativa y alta emocionalidad positiva disminuye la actividad del SAM (figura 19).

Figura 19. *Modelo explicativo del cáncer de Contrada, Levental y O'Leary (1990).*



### **1.3.4. Personalidad y psicofármacos**

Teniendo en cuenta estos planteamientos teóricos sobre la personalidad y la enfermedad física, una de las cuestiones que nos planteamos de interés dentro del ámbito de la Psicooncología y la Psiquiatría es el papel que juega el consumo de drogas psicotrópicas en la paliación del sufrimiento psicológico en el proceso de la experiencia oncológica.

Desde su introducción en la década de los cincuenta, los fármacos psicotrópicos han ido ganando popularidad y su uso se ha extendido. En los pacientes oncológicos, la incertidumbre, el miedo extendido a la muerte, el sufrimiento por los tratamientos, la ruptura con la realidad cotidiana son algunos de los acontecimientos psicológicos que producen un distrés emocional adicional importante en estos pacientes. Por otra parte, algunos estudios también han comprobado la eficacia de estos psicofármacos en síntomas como la fatiga, las náuseas y los vómitos, los sofocos, la pauta de sueño y el dolor (Rocha-Cadman, Massie y Du Hamel, 2012; Cankurtaran, Ozalp, Soygur, Akbiyik, Turhan y Alkis, 2008; Gibert, 2006).

En 1985, Jaeger, Morrow, Carpenter y Brescia, publican una investigación realizada con 1.000 pacientes con cáncer con diferentes localizaciones tumorales, en la que encontraron que el 82.5% de los pacientes recibe al menos un fármaco psicotrópico. Entre los datos que obtienen de sus análisis destacan que el 61.3% consumen antipsicóticos, el 55.8% hipnóticos y el 10% antidepresivos; los pacientes más jóvenes (menores de 50 años) consumen más

psicotrópicos; siendo las indicaciones más habituales el distrés psicológico, los trastornos del sueño, las náuseas y los vómitos.

Nuevamente en 2013, un estudio muy completo con una muestra más amplia se publica en el *Psycho-oncology* por Chong Guan Ng y su equipo (Ng, Boks, Smeets, Zainal, y Wit, 2013). Se trata de un estudio con una muestra de 113.887 pacientes con cáncer y un grupo control de 121.395 personas sin cáncer de los Países Bajos. Encontraron que los pacientes oncológicos consumen más medicamentos de tipo benzodiazepinas, antidepresivos y antipsicóticos. Los pacientes con mayor riesgo de este consumo son aquellos con un nivel socio-económico bajo, inmigrantes, y los que tienen enfermedades crónicas previas. Por otra parte, cuando estudiaron en qué momento de la enfermedad se producía el mayor consumo, encontraron que aunque empieza desde el diagnóstico, existe un mayor consumo tres meses antes de morir que tres meses después del diagnóstico de la enfermedad.

Por otra parte, un aspecto que nos planteamos es si el consumo de psicofármacos se relaciona de alguna manera con las características de personalidad. Algunos autores (Hällström y Noppa, 1981), en el estudio de ciertas enfermedades crónicas (la obesidad), indican que por una parte no existen relaciones significativas entre la enfermedad y el consumo de psicofármacos; mientras que por otra parte, estas relaciones sí se dan entre la enfermedad y determinados rasgos de la personalidad. Lapp (Lapp, 1984) estudió el consumo de fármacos psicotrópicos en una muestra de jóvenes de Montreal y

encontró que el consumo de estos fármacos era mayor entre las mujeres, pero que no estaba asociado con rasgos de personalidad.

Sin embargo, y a pesar de estas investigaciones sabemos que determinados rasgos de la personalidad están asociados con conductas de salud o mejor dicho con determinadas conductas poco saludables (consumo de tabaco, por ejemplo), de hecho, el psicoticismo como rasgo de personalidad se ha asociado a un afrontamiento evitativo en una muestra de pacientes con cáncer de cabeza y cuello (Aarstad, Beisland, Osthus y Aarstad, 2011), por lo que podríamos plantearnos que algunos pacientes podrían utilizar los psicofármacos como forma de evitación de la realidad.

El modelo que describe la relación entre la automedicación y abuso de sustancias y los rasgos de personalidad postula que los individuos eligen una determinada sustancia de acuerdo con la acción psicofarmacológica de la droga en su estado anímico y mental. Por otra parte, el modelo de desviación social afirma que esta elección es debido a que las personas que consumen determinadas sustancias tienen unas características de personalidad más extremas o desviadas que los que no consumen (o los que consumen sustancias socialmente aceptadas). Chakroun, Doron y Swendsen (2004), estudiaron estas relaciones en un grupo de 685 estudiantes y confirmaron que existe una asociación entre determinados rasgos de personalidad y el consumo de sustancias socialmente aceptadas (apoyando el modelo de desviación social).

Existen distintas investigaciones que plantean el consumo de psicofármacos entre los pacientes oncológicos. Teniendo en cuenta esta realidad y que en la sociedad en general actualmente existe un mayor consumo de estos medicamentos, nos cuestionamos si existe una relación entre estas conductas (consumo de psicofármacos) y las variables de personalidad que hemos estudiado y las estrategias de afrontamiento.

La ausencia de un modelo teórico en este sentido nos hace plantarnos el uso de psicofármacos como una posible estrategia de afrontamiento evitativa de la realidad de la enfermedad y de la realidad del malestar emocional. Veremos más adelante las relaciones que se establecen entre ellas.

## **JUSTIFICACIÓN**



## **2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Los modelos teóricos que se han expuesto nos ubican en un planteamiento bidireccional en las relaciones entre la salud y enfermedad física y mental. Partiendo de esta premisa en el ámbito de la Psicooncología nos planteamos la necesidad de dar respuesta a dos grandes aspectos fundamentales.

Por una parte, las relaciones que podemos establecer entre las distintas variables psicológicas (variables sociodemográficas, de personalidad,...) y el sufrimiento durante la enfermedad oncológica (síntomatología ansioso-depresiva, calidad de vida). Sabemos mucho y muy poco de esta enfermedad, los grandes manuales de la Oncología Médica van evolucionando tan rápidamente que se tornan obsoletos en muy poco tiempo. Se trata de una enfermedad multifactorial, y desde esta perspectiva, la de la Psicología, se plantea si existen unas personas con un perfil de personalidad que les hace más vulnerables al sufrimiento durante la enfermedad.

Se trata pues, con este estudio, de iniciar una línea base de futuras investigaciones, en las que se plantearía si determinados rasgos de la personalidad llevarían a estrategias de afrontamiento más adaptativas y por lo tanto a un menor sufrimiento ante la misma. Tendríamos entonces una plataforma básica que nos permitiría plantearnos investigaciones posteriores (proyección de futuro) que irían encaminadas a determinar si existen intervenciones psicológicas

más efectivas para determinados tipos de pacientes con unos rasgos de personalidad específicos.

En el caso de que existieran dichas relaciones entre las dimensiones de la personalidad y la sintomatología ansioso-depresiva y la calidad de vida, se debería plantear qué predictores funcionan como variables discriminantes a la hora de decidir un tratamiento psicológico u otro en estos pacientes. Por otra parte, también se podrían plantear algoritmos de decisión en función de dichos predictores de personalidad.

Aquí se plantea pues un estudio descriptivo transversal para valorar si existen dichas relaciones entre determinadas dimensiones de personalidad, las estrategias de afrontamiento, la sintomatología ansioso-depresiva y la calidad de vida.

## **OBJETIVOS**



## **3. OBJETIVOS**

### **3.1. Objetivos Generales**

En los pacientes que acuden a la Unidad de Psicología se pretende realizar un estudio descriptivo de las características sociodemográficas y de enfermedad oncológica, las dimensiones de personalidad en pacientes oncológicos, las estrategias de afrontamiento, la sintomatología ansioso-depresiva y la calidad de vida.

Por otra parte, se pretenden establecer las relaciones entre las distintas variables para saber si se puede establecer un perfil en base a dimensiones de personalidad, y ante determinadas estrategias de afrontamiento podemos esperar una mejor adaptación a la enfermedad.

### **3.2. Objetivos Específicos**

De forma particular se realizarán análisis con los siguientes objetivos:

1. Se efectuará un análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra, los diagnósticos de enfermedad mental y oncológica según el DSM, el consumo de psicofármacos de esta población, el apoyo social subjetivo, y la experiencia previa con algún acontecimiento estresante. Se describirá el empleo de terapias alternativas.

También se recogerán datos de características de los familiares de los pacientes.

- 2.** Por otra parte, se estudiarán las posibles relaciones entre las siguientes variables:
  - a.** Dimensiones de la personalidad y estrategias de afrontamiento.
  - b.** Dimensiones de la personalidad y sintomatología ansioso-depresiva y calidad de vida.
  - c.** Afrontamiento y sintomatología ansioso-depresiva y calidad de vida.
  
- 3.** El estudio de las comparaciones entre grupos nos permitirá establecer si existen relaciones significativas entre diversas variables diferenciales (dimensiones de la personalidad, sintomatología ansioso-depresiva, estrategias de afrontamiento y calidad de vida). Para este estudio se efectuarán los siguientes grupos:
  - a.** Sexo: mujeres y hombres.
  - b.** Edad: se establecerán tres grupos de edad (jóvenes, medianos y mayores).
  - c.** Nivel de estudios: categorizado en primarios, enseñanza obligatoria, formación profesional y estudios universitarios.

- d. Rol del paciente de la Unidad de Psicooncología: si es paciente oncológico o su familiar (en este caso la pareja).
- e. Psicofármacos: si consume psicofármacos o no, y qué tipo en base a la categorización de tranquilizantes menores, hipnóticos y antidepresivos.

Además, visto que una gran parte de pacientes están tomando psicofármacos quisiéramos saber si existe un perfil distinto entre aquellos que los toman y los que no, dado que si el diagnóstico clínico de la mayor parte de los pacientes sería, como mucho, *trastorno de adaptación*, no existen razones explicativas para el consumo de fármacos.

- f. Eje I: diagnóstico de trastorno mental. Se establecerán tres grupos: trastornos adaptativos, otros trastornos y sin diagnóstico de trastorno mental. El motivo de esta categorización es doble, por un lado, que el tamaño del grupo de otros trastornos de forma específica es muy reducido (n=1, n=2, n=6), y por otro el interés en el estudio de los trastornos adaptativos frente a otros trastornos mentales.

- g.** Eje II: diagnóstico de trastorno de personalidad. Las categorías se establecen en base a los doce trastornos de la personalidad.
  - h.** Eje III: diagnóstico de enfermedad médica, en este caso la localización tumoral del diagnóstico de cáncer: mama, ginecológico, cabeza y cuello, urológico, pulmón,...
  - i.** Estadio: categorizaremos esta variable en base a estadio I, II, III, y IV.
  - j.** Tratamiento oncológico: dado que las combinaciones de tratamientos son múltiples y ello llevaría a una gran complejidad y poco clarificadora comparación entre grupos, se buscará, mediante el análisis estadístico pertinente, si existen relaciones entre los que llevan algún tipo de tratamiento oncológico (cirugía, radioterapia y quimioterapia) y los que no lo llevan.
- 4.** Finalmente pretendemos definir si existe un perfil de personalidad (o varios) en este tipo de pacientes, que nos permita delimitar qué pacientes, con qué perfil, se adaptarán mejor y cuáles se adaptarán peor ante la enfermedad. Para ello se trabajará con las cinco dimensiones básicas de la personalidad para saber si un

determinado perfil se relaciona mejor con una adaptación más favorable.

Basándonos en la literatura existente esperamos que:

- A través del estudio de las variables sociodemográficas se plantea que esta muestra presente unos valores similares a los de otras muestras parecidas. En este sentido, una mayor prevalencia de mujeres, en edad media entre cuarenta y sesenta años. El diagnóstico más común sería el de cáncer de mama. En cuanto al diagnóstico psicológico, los trastornos adaptativos del estado de ánimo son los más frecuentes en esta muestra. (León, Jovell, Morapeix, Arcusa y Blasco, 2012).
- Por lo que respecta a la relación entre las dimensiones de personalidad, afrontamiento, sintomatología ansioso-depresiva y calidad de vida, esperamos que aquellos que tengan un perfil de personalidad más saludable empleen estrategias de afrontamiento más adaptativas, menores puntuaciones en ansiedad y depresión y mayor calidad de vida. (Lin et al., 2012).
- En cuanto al consumo de psicofármacos, teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado con respecto a la mayor prevalencia de los trastornos adaptativos del estado de ánimo frente a otros trastornos mentales, deberíamos

tener una muestra que no haga un uso extenso de psicofármacos, especialmente de antidepresivos y antipsicóticos (Derogatis, 1982; Boch, Musters, Bos, Schröder, Mourits, Jong-Van Den Berg, 2012). En cuanto a las relaciones entre las variables, aquellos pacientes que consumen psicofármacos deberían mostrar mayor sintomatología ansioso-depresiva y peor calidad de vida. En cuanto a las relaciones entre el consumo de psicofármacos y las variables de personalidad de los pacientes oncológicos podríamos esperar que:

- Las personas que puntúen alto en neuroticismo tenderán a consumir más psicofármacos.
- Las personas que puntúen alto en extraversión tenderán a consumir menos psicofármacos.
- La literatura es generosa en la investigación de neuroticismo y extraversión, sin embargo existen pocos datos en relación con apertura, amabilidad y responsabilidad. Por ello, los resultados que obtengamos con respectos a estas últimas dimensiones serán preliminares.
- Finalmente, esperamos obtener un perfil de personalidad (definido por las dimensiones de los cinco grandes factores) que nos ayude a determinar qué personas con un diagnóstico de cáncer se adaptaran mejor a esta enfermedad y cuales se adaptarán peor. (Cardenal, Cerezo, Martínez, Ortiz-Tallo, Blanca, 2012).

Dado que se trata de un estudio descriptivo, no podemos establecer hipótesis de investigación previas.



## **METODOLOGÍA**



## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Procedimiento**

La muestra se obtuvo de todos aquellos pacientes que acudieron consecutivamente a la Unidad de Psicología de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología entre noviembre de 2012 y mayo de 2013. Los pacientes acuden a la Unidad de Psicología, bien derivados por su médico o enfermera o bien por petición propia. La atención psicológica se proporciona en cualquier momento de la enfermedad:

- Desde el diagnóstico reciente (en ocasiones los pacientes acuden a la Unidad recién recibida la información, desbordados y en situación de crisis).
- Durante los tratamientos médicos (cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia) cuando la toxicidad y las secuelas de los mismos son más agudas.
- A lo largo de un ingreso (se remiten mediante interconsulta y se realiza la visita hospitalaria).
- Durante el periodo libre de enfermedad.
- En la recaída.
- La progresión de la enfermedad.
- El final de la vida.

En múltiples contextos se entiende que la enfermedad oncológica desequilibra tanto al paciente como a su entorno más próximo, generalmente la familia nuclear, siendo muy importante este

desequilibrio para la futura adaptación del paciente. Por ello se atiende tanto al paciente oncológico como a los familiares más próximos (cuidador principal) en caso de necesitarlo.

Los criterios de inclusión y exclusión que se han tenido en cuenta con nuestra muestra han sido los siguientes:

- Criterios de inclusión:

- Acudir o ser remitido a la Unidad de Psicología.
- Tener más de 18 años de edad.
- Diagnóstico de enfermedad oncológica.
- Familiares directos de pacientes oncológicos que acuden a la Unidad de Psicología.
- Cumplimentar el consentimiento informado.
- Cumplimentar evaluación psicológica entre la sesión 1 y 2 de tratamiento psicológico.

- Criterios de exclusión:

- Edad avanzada.
- Deterioro cognitivo.
- Deterioro físico.
- Estado palitativo-terminal.

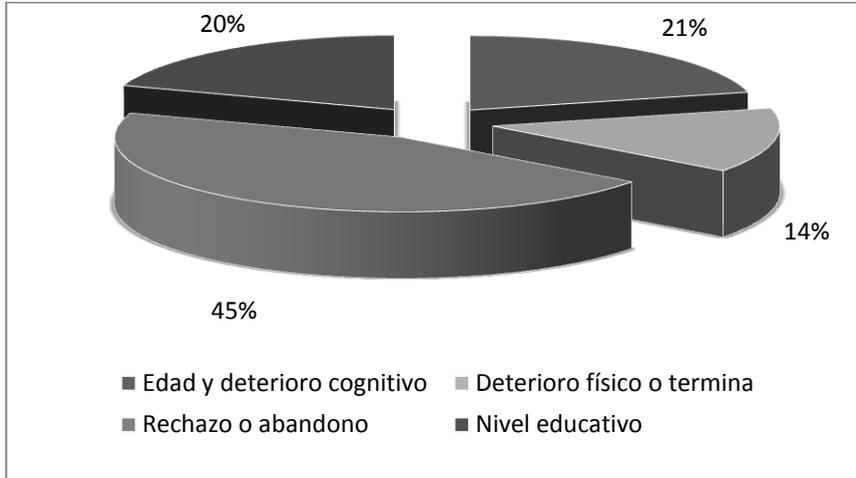
- Trastorno mental grave que imposibilite la cumplimentación de la evaluación psicológica.

## **4.2. Participantes**

Entre los meses de noviembre de 2012 y mayo de 2013 se realizó la evaluación de todos los pacientes que consecutivamente acudían a la Unidad de Psicología de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología. La muestra total resultante de dicho proceso fue de 250 pacientes. A pesar de ello, el 26% (n=65) de los pacientes que acudieron a la Unidad de Psicología durante este periodo, no participaron en el estudio por diversos motivos que han sido clasificados de la siguiente manera (véase figura 20):

- Edad avanzada y/o deterioro cognitivo (n=15).
- Deterioro físico y/o estadio terminal (n=10).
- Rechazo a realizar la evaluación o abandono de la misma por agotamiento (n=32).
- Bajo nivel educativo que no permite la comprensión de la misma (n=14).

Figura 20. *Motivos de no participación en el estudio.*



### 4.3. Diseño y análisis de datos

La presente investigación sigue un diseño descriptivo y transversal, dado que pretende exponer una descripción de las características de la muestra objeto del estudio y de las relaciones existentes entre las distintas variables, haciendo uso de los datos recogidos en una única evaluación.

Las pruebas de análisis de datos, que se realizarán mediante el paquete estadístico SPSS (versión 15.0), son:

- a. Análisis descriptivos y de frecuencias. Estos análisis se realizarán en el estudio de las variables sociodemográficas, y todas aquellas contenidas en la

anamnesis y entrevista: rol de paciente, diagnóstico de enfermedad mental y oncológica, consumo de psicofármacos,...

- b.** Análisis de correlaciones mediante la prueba  $r$  de Pearson. Dicha prueba se empleará para estimar si existen relaciones entre las dimensiones de personalidad (y sus facetas), el afrontamiento, la sintomatología ansioso-depresiva y la calidad de vida.
- c.** Pruebas de comparación de medias entre grupos. En el caso de que los grupos sigan una distribución normal se utilizará la prueba  $t$  de Student (para menos de dos grupos) o la prueba de Bonferroni (cuando la variable contenga más de dos categorías). Posteriormente se procederá al análisis del tamaño de dichas diferencias mediante la prueba  $d$  de Cohen. En el caso de que la variable no siga una distribución normal se utilizará la  $U$  de Mann-Whitney (para dos categorías) o la prueba de Kruskal-Wallis (para más de dos categorías).

Previo a realizar comparaciones entre distintos grupos de variables, se determinará la normalidad (o no normalidad) de las muestras para utilizar una prueba u otra, ello se realizará mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

- d. Finalmente, mediante un análisis de cluster (método k-means), se estudiará si existe un perfil de personalidad en esta muestra de pacientes.

#### 4.4. Instrumentos de evaluación

Los instrumentos de evaluación se incluyen en el Anexo.

- **Entrevista de datos del paciente**

Se incluirán datos médicos de la enfermedad oncológica, experiencia previa con la enfermedad oncológica (antecedentes familiares y/o experiencia vital), motivo de consulta psicológica, quién remite, antecedentes psicológicos, tratamiento psiquiátrico actual, relaciones familiares (nuclear y extensa), percepción subjetiva acontecimientos vitales estresantes, apoyo social percibido, nivel estudios, trabajo actual y situación laboral. Por otra parte se incluirán datos relativos al estado psicológico del paciente: diagnóstico según el DSM-IV-R (ejes I, II, III, IV, V), ansiedad situacional relacionada con distintos procesos de la enfermedad oncológica (diagnóstico, pruebas, procesos biológicos,...).

Estos datos propios de la anamnesis se recogieron entre la primera y la segunda visita con el paciente, en las cuales se recababa información tanto para la historia como dirigida a la intervención propiamente dicha en su caso.

- **Brief Symptom Inventory -18 (BSI-18)**

Se utilizó el Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18; Derogatis 2000). Es un instrumento diseñado para detectar precozmente sintomatología psicológica y trastornos psiquiátricos en poblaciones médicas adultas (a partir de 18 años). Es un instrumento breve y rápido de cumplimentar. Aunque fue diseñado en principio para detección precoz de sintomatología, también se puede emplear como medida de evolución del tratamiento. Se le pide al paciente que considere una serie de afirmaciones sobre su estado de ánimo en los últimos siete días y debe responder en una escala tipo likert de 5 alternativas de respuesta.

Tiene 18 ítems y recoge información sobre tres escalas:

- *Somatización* (malestar derivado por la percepción de la disfunción corporal, centrándose en síntomas cardiovasculares, gastrointestinales y otros sistemas físicos en el que media el sistema autonómico).
- *Depresión* (estado de ánimo disfórico como anhedonia, pérdida de esperanza, ideación suicida).
- *Ansiedad* (nerviosismo, tensión, hiperactividad psicomotriz, aprehensión).
- Además tiene una escala *general* que resume el malestar psicológico global del paciente.

Presenta índices de fiabilidad y validez adecuados y está adaptado en población médica adulta y población oncológica. Además este instrumento ha sido validado en muestra de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología (Galdón et. al., 2008; Martínez, Galdón, Andreu e Ibáñez, 2013), centro de trabajo de este estudio, mostrando igualmente un comportamiento adecuado en cuanto a sus índices de fiabilidad y validez ( $\alpha$  Cronbach, somatización  $\alpha=0,73$ ; depresión  $\alpha=0,85$ ; ansiedad  $\alpha=0,85$ ).

- **Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)**

Para evaluar las estrategias de afrontamiento se empleo el instrumento de evaluación Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO; González Martínez, 2004). Este instrumento se elaboró teniendo en cuenta como marco de referencia el concepto de estrés y afrontamiento de Lazarus y el afrontamiento en situaciones de estrés generadas por el padecimiento de algún tipo de cáncer de Greer. Es un instrumento de 40 ítems (de 4 alternativas de respuesta) que describen las conductas y pensamientos que un sujeto diagnosticado de cáncer puede utilizar en la situación que está viviendo. Su ámbito de aplicación es para adultos que padezcan cáncer u otra enfermedad orgánica con diferentes grados de cronicidad o gravedad.

Se recoge información sobre 7 de estrategias de afrontamiento. En tres de estas estrategias se detectan conductas y pensamientos positivos y activos:

- ❖ *Enfrentamiento y lucha activa* (situación grave y difícil pero valoración como reto y optimista).
- ❖ *Autocontrol y control emocional* (valoración como grave y difícil intentando disminuir los estados afectivos displacenteros).
- ❖ *Búsqueda de apoyo social* (apoyo afectivo, físico y moral de personas cercanas).

En las cuatro escalas restantes se detectan conductas y pensamientos no adaptativos:

- ❖ *Ansiedad y preocupación ansiosa* (valoración como grave y muy amenazante, incertidumbre, ansioso y poco optimista).
- ❖ *Pasividad y resignación pasiva* (valora la situación grave y amenazante, pesimista y fatalista).
- ❖ *Huida y distanciamiento* (valoración inadecuada intentando huir y eludir la situación).
- ❖ *Negación* (niega la evidencia de la enfermedad).

El manual indica índices de fiabilidad y validez adecuados y la población normativa es española oncológica. El análisis del  $\alpha$  de

Cronbach proporciona los siguientes valores: enfrentamiento y lucha activa  $\alpha=0,916$ , autocontrol y control emocional  $\alpha=0,900$ , búsqueda de apoyo social  $\alpha=0,889$ , ansiedad y preocupación ansiosa  $\alpha=0,912$ , pasividad y resignación pasiva  $\alpha=0,883$ , huida y distanciamiento  $\alpha=0,905$  y negación  $\alpha=0,784$ .

- **Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R)**

Las cinco dimensiones de la personalidad se evaluaron con el Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 2008). Las dimensiones de personalidad y sus facetas que se evalúan mediante el NEO-PI-R son las siguientes:

- ❖ Neuroticismo -N-

- Ansiedad.
- Hostilidad.
- Depresión.
- Ansiedad social.
- Impulsividad.
- Vulnerabilidad.

- ❖ Extraversión -E-,

- Cordialidad.

- Gregarismo.
  - Asertividad.
  - Actividad.
  - Búsqueda de emociones.
  - Emociones positivas.
- ❖ Apertura a la experiencia -Open-,
- Fantasía.
  - Estética.
  - Sentimientos.
  - Acciones.
  - Ideas.
  - Valores.
- ❖ Amabilidad -Agreeableness- y
- Confianza.
  - Franqueza.
  - Altruismo.
  - Actitud conciliadora.
  - Modestia.

- Sensibilidad a los demás.
- ❖ Responsabilidad -Conscientiousness-
  - Competencia.
  - Orden.
  - Sentido del deber.
  - Necesidad de logro.
  - Autodisciplina.
  - Deliberación.

Se trata de un instrumento de evaluación de la personalidad normal para adolescentes y adultos.

El NEO-PI-R consiste en una lista de 240 frases, formuladas en primera persona a las que se debe responder en una escala de cinco alternativas de respuesta que van desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

El manual recoge, en general, medidas de fiabilidad y validez adecuadas para su utilización en población adulta, aunque algunas de las facetas presentan índices de fiabilidad algo bajos. Los índices de fiabilidad que se indican en el manual ( $\alpha$  Cronbach) se presentan a continuación:

1. Neuroticismo ( $\alpha=0,92$ ), y sus facetas de ansiedad ( $\alpha =0,78$ ), hostilidad ( $\alpha=0,75$ ), depresión ( $\alpha=0,81$ ), ansiedad social ( $\alpha =0,68$ ), impulsividad ( $\alpha=0,70$ ), vulnerabilidad ( $\alpha =0,77$ ).
2. Extraversión ( $\alpha =0,89$ ), y sus facetas de cordialidad ( $\alpha=0,73$ ), gregarismo ( $\alpha=0,72$ ), asertividad ( $\alpha=0,77$ ), actividad ( $\alpha=0,63$ ), búsqueda de emociones ( $\alpha=0,65$ ), emociones positivas ( $\alpha=0,73$ ).
3. Apertura a la experiencia ( $\alpha=0,87$ ), y sus facetas de fantasía ( $\alpha=0,76$ ), estética ( $\alpha=0,76$ ), sentimientos ( $\alpha=0,66$ ), acciones ( $\alpha=0,58$ ), ideas ( $\alpha=0,80$ ), valores ( $\alpha=0,67$ ).
4. Amabilidad ( $\alpha=0,86$ ), y sus facetas de confianza ( $\alpha=0,79$ ), franqueza ( $\alpha=0,71$ ), altruismo ( $\alpha=0,75$ ), actitud conciliadora ( $\alpha=0,59$ ), modestia ( $\alpha=0,67$ ), sensibilidad a los demás ( $\alpha=0,56$ ).
5. Responsabilidad ( $\alpha=0,90$ ), y sus facetas de competencia ( $\alpha=0,67$ ), orden ( $\alpha=0,66$ ), sentido del deber ( $\alpha=0,62$ ), necesidad de logro ( $\alpha=0,67$ ), autodisciplina ( $\alpha=0,75$ ), deliberación ( $\alpha=0,71$ ).

- **Functional Assessment – General (FACT-G)**

El instrumento de calidad de vida que se empleó en esta muestra de pacientes es el Functional Assessment of Cancer Therapy-General en su versión española (FACT-G; Dapuerto, 2003).

El FACT-G se puede tanto auto-administrar, como incluir en la entrevista. Utiliza 27 afirmaciones en primera persona para valorar cuatro dimensiones principales de la calidad de vida en las que el paciente debe señalar una respuesta dentro de las cinco alternativas de cada ítem. Las cuatro dimensiones son:

- ❖ Estado físico general de salud.
- ❖ Ambiente familiar y social.
- ❖ Estado emocional.
- ❖ Capacidad de funcionamiento personal.

De esta manera se pueden obtener cinco puntuaciones, cuatro correspondientes a las dimensiones y una global.

Los estudios de validez y fiabilidad muestran que este instrumento es un buen indicador de calidad de vida en muestra oncológica de habla española. Los índices de fiabilidad que recogen los autores son los siguientes: estado físico general de salud ( $\alpha=0,91$ ), ambiente familiar y social ( $\alpha=0,81$ ), estado emocional ( $\alpha=0,78$ ) y capacidad de funcionamiento personal ( $\alpha=0,81$ ).

## **RESULTADOS**



## 5. RESULTADOS

### 5.1. Fiabilidad de los instrumentos

En primer lugar presentamos los análisis de fiabilidad de los instrumentos de evaluación que hemos utilizado en la presente investigación. Estos análisis se realizaron con el estadístico  $\alpha$  de Cronbach de cada una de las escalas o factores de cada uno de los instrumentos. Tendremos en consideración que los índices  $\alpha < 0,5$  serán considerados inadecuados, los  $0,5 > \alpha < 0,6$  deberán ser tomados con cautela y  $\alpha > 0,7$  es un indicador de fiabilidad adecuada.

- **Brief Symptom Inventory -18 (BSI-18)**

La evaluación de la fiabilidad de este instrumento con nuestra muestra de estudio nos indica los siguientes valores:

- *Somatización*  $\alpha=0,784$ .
- *Depresión*  $\alpha=0,825$ .

- *Ansiedad*  $\alpha=0,842$ .

Estos índices de fiabilidad nos indican que el instrumento tiene una fiabilidad adecuada.

- **Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)**

Se recoge información sobre la fiabilidad de las siete de estrategias de afrontamiento:

- ❖ *Enfrentamiento y lucha activa*  $\alpha=0,824$  (fiabilidad adecuada).
- ❖ *Autocontrol y control emocional*  $\alpha=0,783$  (fiabilidad adecuada).
- ❖ *Ansiedad y preocupación ansiosa*  $\alpha=0,736$  (fiabilidad adecuada).
- ❖ *Búsqueda de apoyo social*  $\alpha=0,567$  (fiabilidad baja).
- ❖ *Pasividad y resignación pasiva*  $\alpha=0,564$  (fiabilidad baja).
- ❖ *Huida y distanciamiento*  $\alpha=0,506$  (fiabilidad baja).
- ❖ *Negación*  $\alpha=0,208$  (fiabilidad muy baja).

Estos índices de fiabilidad nos indican que los análisis de las estrategias de afrontamiento de las escalas de *búsqueda de apoyo social*, *pasividad y resignación pasiva*, y *huida y distanciamiento*

deben ser tomados con cautela, puesto que su fiabilidad no es adecuada por ser baja.

En cuanto a la escala de *negación* no tiene una fiabilidad aceptable, por ello todos los análisis relativos a esta estrategia de afrontamiento, a pesar de haberse realizado su cálculo, no han sido mencionados en el texto.

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento de *enfrentamiento y lucha activa, autocontrol y control emocional, ansiedad y preocupación ansiosa*, tienen índices de fiabilidad adecuados.

- **Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R)**

A continuación se muestran los índices de fiabilidad tanto de las cinco dimensiones de la personalidad como de sus facetas:

- a) Neuroticismo  $\alpha=0,805$  (fiabilidad adecuada).
  - i. Ansiedad  $\alpha=0,595$  (fiabilidad baja).
  - ii. Hostilidad  $\alpha=0,589$  (fiabilidad baja).
  - iii. Depresión  $\alpha=0,794$  (fiabilidad adecuada).
  - iv. Ansiedad social  $\alpha=0,490$  (fiabilidad muy baja).
  - v. Impulsividad  $\alpha=0,415$  (fiabilidad muy baja).

- vi. Vulnerabilidad  $\alpha=0,686$  (fiabilidad baja).
- b) Extraversión  $\alpha=0,663$  (fiabilidad baja).
- i. Cordialidad  $\alpha=0,668$  (fiabilidad baja).
  - ii. Gregarismo  $\alpha=0,695$  (fiabilidad baja).
  - iii. Asertividad  $\alpha=0,675$  (fiabilidad baja).
  - iv. Actividad  $\alpha=0,684$  (fiabilidad baja).
  - v. Búsqueda de emociones  $\alpha=0,459$  (fiabilidad muy baja).
  - vi. Emociones positivas  $\alpha=0,767$  (fiabilidad adecuada).
- c) Apertura a la experiencia  $\alpha=0,756$  (fiabilidad adecuada).
- i. Fantasía  $\alpha=0,591$  (fiabilidad baja).
  - ii. Estética  $\alpha=0,728$  (fiabilidad adecuada).
  - iii. Sentimientos  $\alpha=0,322$  (fiabilidad muy baja).
  - iv. Acciones  $\alpha=0,460$  (fiabilidad muy baja).
  - v. Ideas  $\alpha=0,716$  (fiabilidad adecuada).
  - vi. Valores  $\alpha=0,476$  (fiabilidad muy baja).
- d) Amabilidad  $\alpha=0,748$  (fiabilidad adecuada).
- i. Confianza  $\alpha=0,608$  (fiabilidad baja).

- ii. Franqueza  $\alpha=0,557$  (fiabilidad baja).
  - iii. Altruismo  $\alpha=0,697$  (fiabilidad adecuada).
  - iv. Actitud conciliadora  $\alpha=0,484$  (fiabilidad muy baja).
  - v. Modestia  $\alpha=0,505$  (fiabilidad baja).
  - vi. Sensibilidad a los demás  $\alpha=0,536$  (fiabilidad baja).
- e) Responsabilidad  $\alpha=0,820$  (fiabilidad adecuada).
- i. Competencia  $\alpha=0,636$  (fiabilidad baja).
  - ii. Orden  $\alpha=0,600$  (fiabilidad baja).
  - iii. Sentido del deber  $\alpha=0,674$  (fiabilidad baja).
  - iv. Necesidad de logro  $\alpha=0,584$  (fiabilidad baja).
  - v. Autodisciplina  $\alpha=0,739$  (fiabilidad adecuada).
  - vi. Deliberación  $\alpha=0,699$  (fiabilidad adecuada).

En general podemos decir que en nuestra muestra las dimensiones de la personalidad medidas con el NEO-PI-R obtienen

índices de fiabilidad adecuados, a excepción de la extraversión cuyo índice de fiabilidad es bajo.

En cuanto a las facetas de estas dimensiones, en general, obtienen índices de fiabilidad bajos. Por ello, aquellas facetas que tengan índices de fiabilidad muy bajos no serán tenidas en cuenta en los análisis estadísticos posteriores. Así mismo, las facetas que tienen una fiabilidad baja deberemos tener en cuenta dicha baja fiabilidad porque los resultados de los estudios que más adelante mostraremos tendrán que ser tomados con cautela.

- **Functional Assessment – General (FACT-G)**

Las cuatro dimensiones de la Calidad de Vida que hemos evaluado son:

- ❖ Bienestar físico general de salud  $\alpha=0,778$  (fiabilidad adecuada).
- ❖ Bienestar familiar y social  $\alpha=0,829$  (fiabilidad adecuada).
- ❖ Bienestar emocional  $\alpha=0,452$  (fiabilidad muy baja).
- ❖ Capacidad de funcionamiento personal  $\alpha=0,805$  (fiabilidad adecuada).

En el caso de la Calidad de Vida los índices de fiabilidad son adecuados para todas las escalas a excepción del bienestar emocional que tiene un índice de fiabilidad demasiado bajo para ser

tenido en consideración. Es por este motivo por el que el bienestar emocional no será tenido en consideración en los análisis posteriores.

## 5.2. Estadísticos descriptivos

En este apartado se procede a mostrar los análisis descriptivos y de frecuencias para valorar las características principales de la muestra; por una parte se muestran los resultados de las características sociodemográficas y, por otra parte los resultados del análisis de distintas variables psicológicas. Los datos se recogieron mediante la anamnesis y la entrevista con el paciente en la Unidad de Psicología.

Como se ha mencionado anteriormente la muestra está compuesta por 185 pacientes. El 89% (n=165) de las personas atendidas corresponden al paciente oncológico, el 9% (n=17) es la pareja, el 0.5% (n=1) los hijos y el 1% (n=2) otros. La **edad** media es de 53 años, distribuido por **sexos** los resultados arrojan que el 83% (n=154) son mujeres y el 17% (n=31) hombres. El nivel de **estudios** (figura 20) se distribuye de la siguiente manera: estudios primarios el 22% (n=41), enseñanza obligatoria el 26% (n=49), formación profesional el 30% (n=56), y estudios universitarios el 21% (n=39).

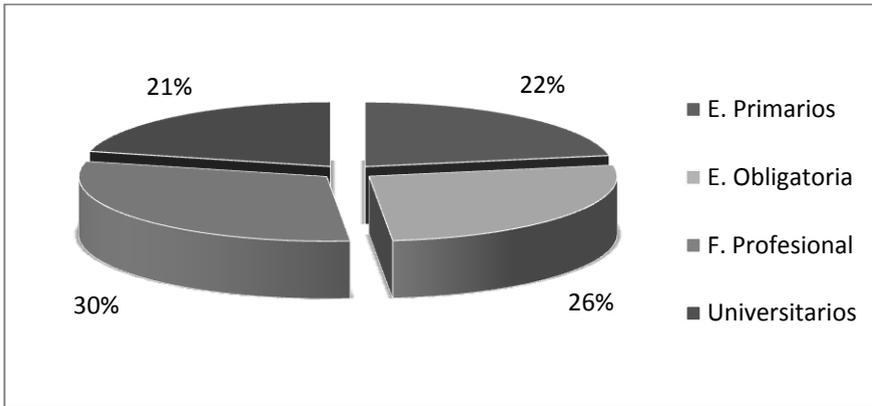


Figura 20. *Nivel estudios*

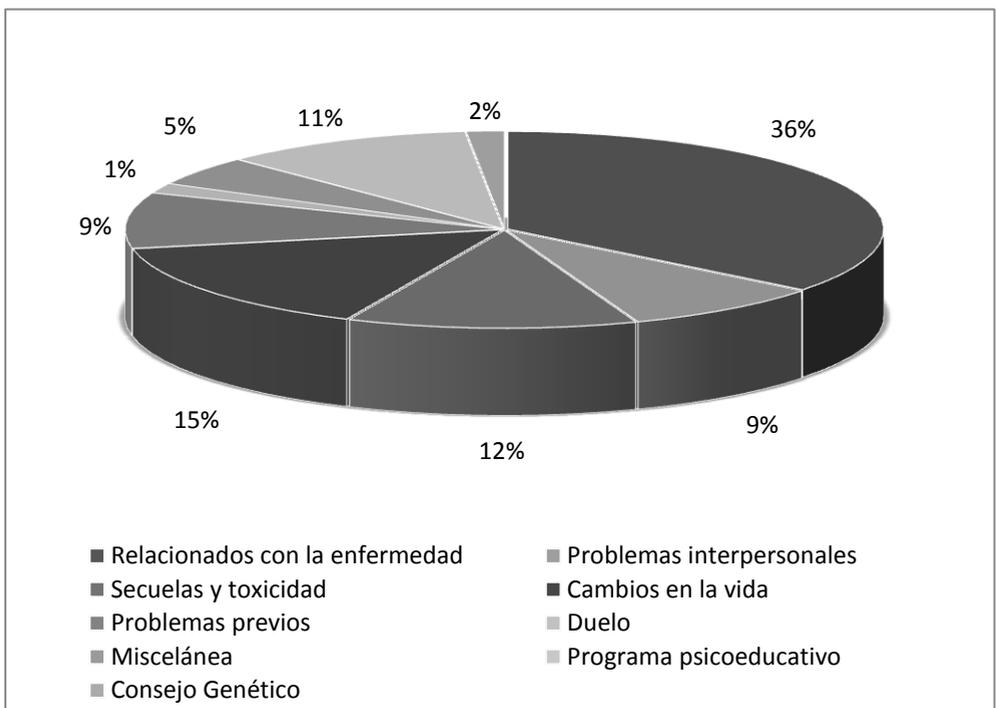
Algunos de los datos que se recogieron sobre el estado de salud incluían si los pacientes tienen **antecedentes personales de cáncer** diferentes al diagnóstico actual, es decir, otro tumor primario y encontramos que el 19% (n=35) habían sido diagnosticados en el pasado de otra enfermedad oncológica, mientras que para el 81% (n=150) era su primer diagnóstico de cáncer. En cuanto a los **antecedentes familiares** el 50% (n=92) tenía antecedentes familiares cercanos con algún diagnóstico de enfermedad oncológica. Otro dato subjetivo que se recogió es si el paciente ha tenido experiencias previas cercanas con la enfermedad oncológica (bien familiares o amigos), en este caso, lo que se pretende recoger es si el paciente cuando se le diagnostica su enfermedad está condicionado o no por otras experiencias previas bien de sufrimiento o bien vivencias positivas con la enfermedad. Nos encontramos con que el 69% (n=128) han tenido algún tipo de experiencia previa, mientras que el 30% (n=56) no han tenido ninguna experiencia con la enfermedad.

El **motivo de consulta** (figura 21) se agrupó en función de las problemáticas más relevantes asociadas a la Psicooncología y a nuestros pacientes. Así encontramos que el 36% (n=66) acuden a consulta por problemas relacionados con la enfermedad en el sentido del impacto emocional ante el diagnóstico y en algunos casos cuestiones existenciales y de planteamiento de la propia vida en esta fase de la enfermedad. El diagnóstico de cáncer supone una crisis vital por dos motivos: por una parte por el cambio de rutinas que genera en la vida de la persona afectada y su entorno más próximo, y por otra parte, por la amenaza para la vida, en unos casos percibida y en otros real. Los pacientes recién diagnosticados de cáncer presentan un proceso de asimilación progresiva del diagnóstico que implica cambios en el estado de ánimo y en la intensidad de los síntomas, que puede ir desde una respuesta normal hasta un proceso psicopatológico. El 9% (n=16) presentan problemas interpersonales de relación con familiares o grupo social o pareja, habiéndose gestado estos problemas en la mayoría de los casos previamente al diagnóstico de la enfermedad. En cualquier caso generan al paciente unos niveles de angustia y de malestar emocional lo suficientemente notables como para que ello interfiera en su afrontamiento ante la enfermedad. A estos pacientes se les ayuda a manejar dichos problemas interpersonales planteando la problemática específica que les ocupa, educando sobre los principios básicos de la comunicación, estrategias de comunicación asertiva,...

El 12% (n=23) acude a consulta por dificultades para manejar las secuelas y la toxicidad de los tratamientos oncológicos. Cada uno

de los tratamientos médicos tiene unas características específicas: así la cirugía es un tratamiento agresivo pero muy limitado en el tiempo, la radioterapia es más prolongada (entre 1 semana y 45 días) y menos agresiva, la quimioterapia es más prolongada en el tiempo dependiendo de los ciclos de tratamiento (por lo menos 3 meses), y la hormonoterapia se administra durante más tiempo que las anteriores (5 años aproximadamente). Se les ofrecen pautas tanto para los problemas específicos como puede ser la alopecia, la alimentación (nauseas), como para otros efectos secundarios, por ejemplo en las dificultades en las relaciones sexuales debido a la radioterapia o braquiterapia genital en el caso de las mujeres con cáncer ginecológico.

Figura 21. *Motivo de consulta.*

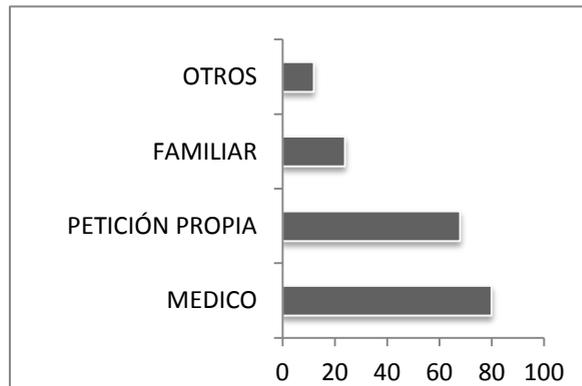


El 15% (n=28) acuden a consulta por presentar dificultades para adaptarse a los cambios y consecuencias que genera la enfermedad sobre la vida, dado que en algunos casos los pacientes encuentran muy estresante el proceso agudo de la enfermedad, es decir, la fase de tratamientos activa, y en algunos casos las expectativas sobre la recuperación de la normalidad tras los tratamientos son erróneas y los cambios son difíciles de asumir e integrar. El 9% (n=17) de los pacientes acuden a consulta por problemas previos a la enfermedad que se agudizan durante el diagnóstico, el tratamiento, o cualquier fase de la enfermedad; dado que el cáncer es un estresor muy potente, es difícil que se convierta en un potenciador de otros problemas no resueltos. El casi 2% (n=3) acuden a la Unidad de Psicología por un duelo no resuelto, en este caso, la mayoría son familiares de los pacientes oncológicos que han fallecido recientemente. El 5% (n=9) de los pacientes están incluidos en la categoría de miscelánea, que se refiere a pacientes que acuden en una ocasión y no vuelven, o que acuden con una actitud de queja y lamento y no están dispuestos a colaborar en el proceso de ayuda terapéutica. En esta categoría también se incluyen aquellos que acuden con una demanda muy específica que se resuelve en una o dos consultas. Casi el 11% (n=20) de los pacientes acuden a consulta para integrarse en un programa psicoeducativo elaborado para las pacientes con cáncer ginecológico. Se trata de un programa grupal basado en el entrenamiento en estrategias de afrontamiento para pacientes recién diagnosticadas. El casi 2% (n=3) acude para realizar una entrevista dentro del protocolo de consejo genético.

Otro dato que se recoge con respecto al motivo de consulta es si éste está relacionado con el proceso oncológico, con otro motivo o con ambos. Como podemos ver en los anexos, el 68% (n=125) acude a consulta por problemas relacionados directamente con la enfermedad, el 11% (n=20) acude por otro tipo de problemas, y el casi 22% (n=40) por problemas relacionados con la enfermedad y por otros.

Nos encontramos con que un 43% (n=80) de los pacientes son **remitidos** a la Unidad de Psicología (figura 22) por su médico del I.V.O. (cirujano, oncólogo,

radioterapeuta,...), el 37% (n=68) de los pacientes acuden a consulta por petición propia, el 13% (n=24) acuden porque un familiar se lo recomienda (en estos casos se valora



también al familiar para saber si se trata de una sobreprotección, de un problema del propio familiar o de una indicación adecuada); y en el 6% (n=12) se trata de otras personas cercanas al paciente las que lo remiten a consulta (médico de cabecera, psiquiatra, otros pacientes,...).

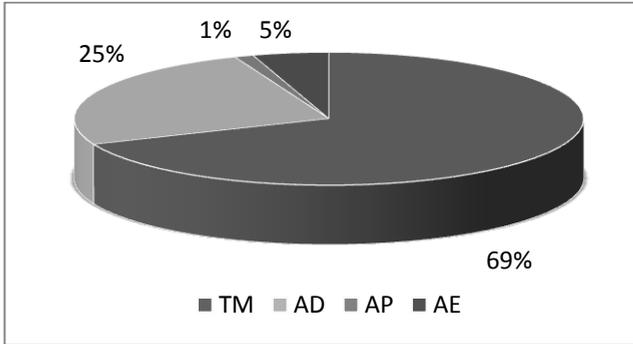
En cuanto al **tipo de visita**, el 92% (n=170) de las intervenciones se realizan en consultas externas. El 4% (n=8) son consultas hospitalarias, en las que el paciente está ingresado en el mismo hospital y es el psicólogo el que se desplaza a la habitación y

allí se realiza la atención psicológica, bien en ingresos puntuales o en ingresos prolongados, tanto en procesos de tratamiento activo como en procesos que implican el final de la vida. Y en el casi 4% (n=7) de los casos la atención psicológica se proporciona tanto en consultas externas como hospitalarias; se trata de pacientes que requieren ingresos puntuales y entonces se les visita durante el mismo, pero que acuden a la Unidad de Psicología periódicamente.

Un dato relevante en el tratamiento psicológico que se debe tener siempre en cuenta es el de los antecedentes psicológicos o psiquiátricos. Los datos nos indican que el casi 48% (n=88) de los pacientes que acuden a la Unidad de Psicología han tenido **antecedentes psicológicos** previos en los que han requerido ayuda psicológica o psiquiátrica, mientras que el 52% (n=97) no han tenido ningún problema psicológico previo.

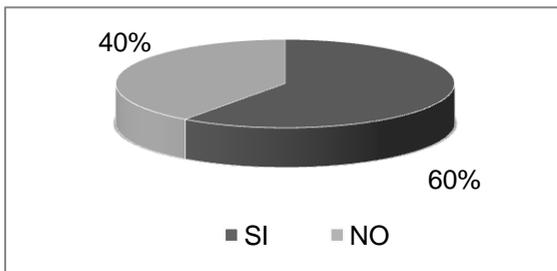
Por otra parte, en cuanto a la **medicación psiquiátrica** recibida (véase figura 23), el 60% (n=111) de los pacientes toma algún tipo de *psicofármaco*, mientras que el 40% (n=74) no consume ninguno.

Figura 23. Consumo de psicofármacos.



Del 60% (n=111) que toman psicofármacos (figura 24), en cuanto al tipo, nos encontramos con que el 57% (n=106) toma tranquilizantes menores y ansiolíticos, un 21% (n=39) antidepresivos, un 1% (n=2) algún tipo de antipsicótico y casi un 4% (n=7) antiepilépticos.

Figura 24. Clasificación de psicofármacos.

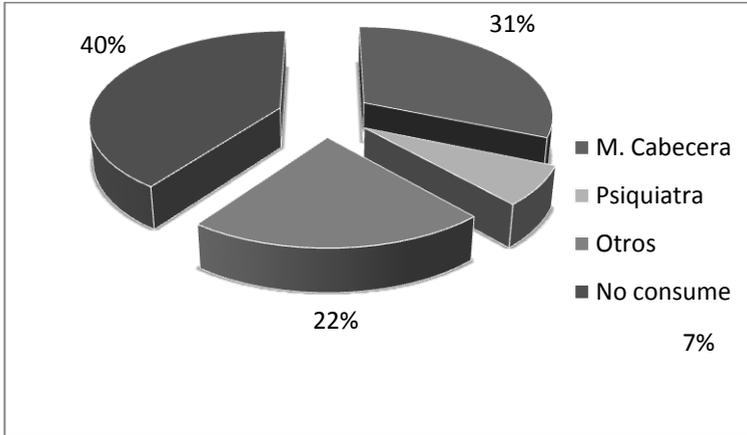


En el estudio del consumo de psicofármacos nos pareció interesante para describirlo con mayor concreción, saber si ese consumo se realizaba antes de la enfermedad oncológica, es decir, si el paciente ya acudía con una prescripción previa, si esto ocurría

durante la enfermedad, o si por el contrario el problema psicológico se daba tras la enfermedad oncológica. En este último caso, especificamos si el problema psicológico estaba relacionado con aspectos de la enfermedad o si por el contrario no tenía nada que ver. Nos encontramos con que, 19% (n=35) ya consumían antes de la enfermedad, el 44% (n=82) lo hacen durante la enfermedad, el 6% (n=11) reciben una prescripción tras la enfermedad pero en relación con la misma, y otro 5% (n=10) consumen psicofármacos tras la enfermedad pero en relación a otro asunto.

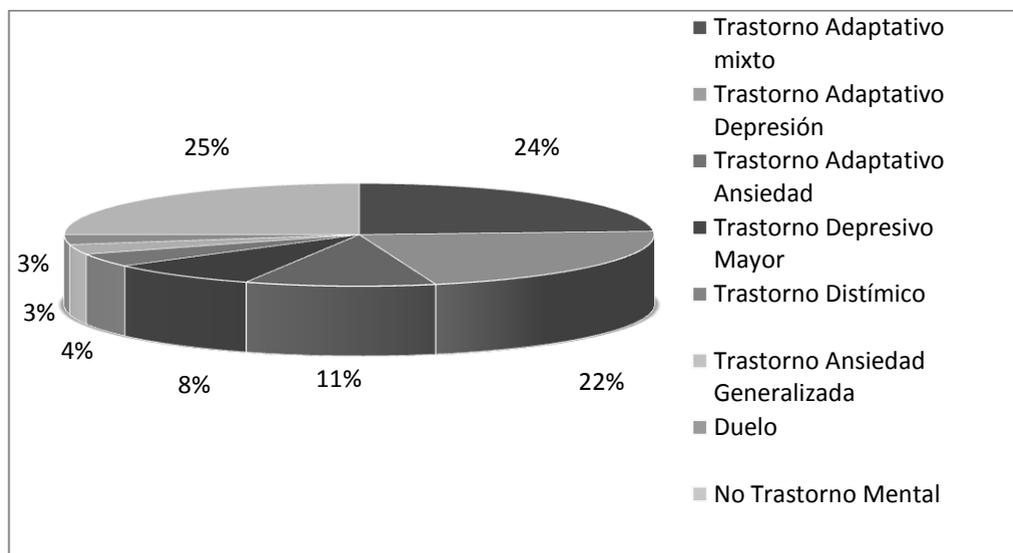
Y, ¿quién prescribe los psicofármacos? Establecimos tres categorías para definir quién indica la pauta de los fármacos psicotrópicos (figura 25): médico de cabecera, psiquiatra, y otros (neurólogo, oncólogo, radiólogo, cardiólogo,...). El 31% (n=58) los pauta el médico de cabecera, el casi 22% (n=40) otros (cirujano, oncólogo, radioterapeuta, neurólogo,...), y en el 7% (n=13) de los casos la medicación está pautada por el psiquiatra. El 40% (n=74) restante son los que no reciben ningún tipo de medicación.

Figura 25. Prescripción de psicofármacos por especialista.



La evaluación del diagnóstico mental (figura 26) de los pacientes se categorizó según los Ejes diagnósticos del DSM-IV. Los resultados informan que en el **Eje I** casi el 23% (n=42) presentan un trastorno adaptativo con sintomatología ansioso-depresiva, un 21% (n=39) un trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido, un casi 10% (n=18) trastorno adaptativo con ansiedad, un casi 4% (n=7) trastorno depresivo mayor, episodio único, obteniendo el mismo porcentaje para episodio recidivante, y para trastorno distímico del estado de ánimo. Casi un 3% (n=5) de los pacientes presentan trastorno de ansiedad generalizada, mientras que el 3% (n=5) de los pacientes atendidos están en proceso de duelo y el casi 24% (n=44) no presentan diagnóstico de trastorno mental en el eje I.

Figura 26. Diagnóstico del Eje I.

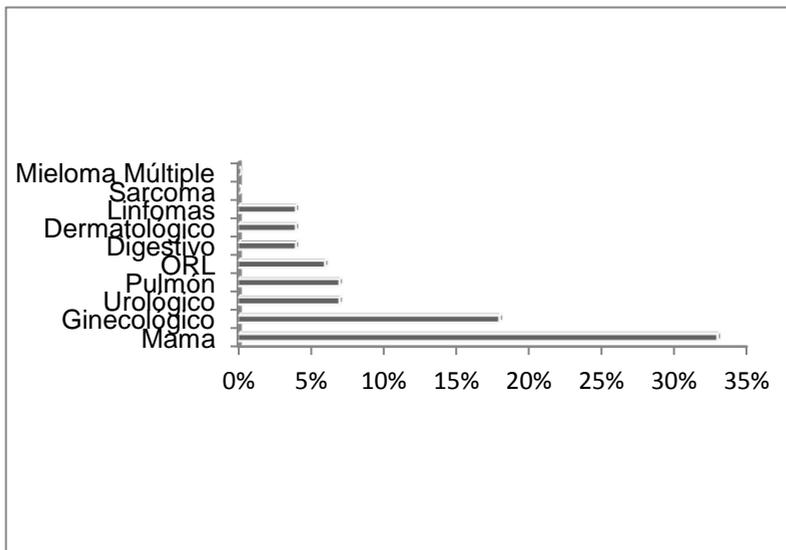


En el **Eje II** cabe destacar que el 86% (n=159) no presentan trastorno de personalidad, mientras que los que cumplen criterios para este trastorno, los datos más relevantes son: 4% (n=8) trastorno de la personalidad dependiente, 2% (n=4) trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo, 2% (n=2) trastorno de la personalidad depresiva, 1% (n=2) trastorno histriónico de la personalidad, y 1% (n=2) trastorno evitativo de la personalidad.

El **Eje III** de enfermedad médica (figura 27) lo hemos distribuido de la siguiente manera: por una parte hemos recogido las distintas localizaciones tumorales y por otra parte otra enfermedad médica que pueda interferir en el estado de ánimo. Por lo que respecta a la **localización tumoral**, el 33% (n=61) de las pacientes

que acuden a la Unidad de Psicología tienen cáncer de mama, el 18% (n=34) cáncer ginecológico, el 7% (n=13) cáncer urológico y otro 7% (n=13) de pulmón, el 6% (n=12) tumores de cabeza y cuello, el 4% (n=8) corresponde a digestivo, otro 4% (n=8) dermatológico y otro 4% (n=8) linfomas, el 1.1% (n=2) tienen un sarcoma y el 0.5% (n=1) mieloma múltiple.

Figura 27. *Diagnóstico Eje III.*



En cuanto al diagnóstico de **otra enfermedad médica**, encontramos que el 77% (n=143) no tienen otra enfermedad médica relevante. El 23% (N=42) restante se distribuye de la siguiente manera: el 7% (n=13) tiene otra relevante como puede ser una cardiopatía o una fibromialgia, el 2% (n=4) un cáncer ginecológico, casi otro 2% (n=3) un cáncer de mama como segunda enfermedad, el 1% (n=2) cáncer urológico, otro 1% (n=2) de pulmón, y otro tanto

dermatológico, y un 0.5% (n=1) correspondería a digestivo, el 0.5% (n=1) cabeza y cuello, 0.5% (n=1) linfoma y finalmente, un 0.5% (n=1) tumor cerebral.

El **estadio** de la enfermedad oncológica está distribuido bastante uniformemente, así un 20% (N=37) de los pacientes que acudieron a la Unidad de Psicológica fueron diagnosticados de su enfermedad oncológica en estadio I (E-I), el 27% (n=50) en estadio II, otro 20% (n=37) en estadio III y finalmente, un 16% (n=30) en estadio IV.

En cuanto al tratamiento médico, el 74% (n=137) llevan tratamiento activo, bien sea cirugía, quimioterapia o radioterapia cuando acudieron a la Unidad de Psicología. Mientras que el 25% (n=47) no estaban con tratamiento activo en el momento de iniciar la psicoterapia.

Por lo que respecta al **Eje IV**, el casi 30% (n=55) tiene problemas de apoyo familiar con el grupo primario de apoyo, el 6% (n=12) problemas de apoyo social, el 12% (n=22) problemas laborales, el 4% (n=7) problemas de acceso a una vivienda, el 14% (n=26) problemas económicos, el 1% (n=2) problemas de asistencia sanitaria, el 3% problemas legales (n=5) y otro casi 3% (n=5) otro tipo de problemas.

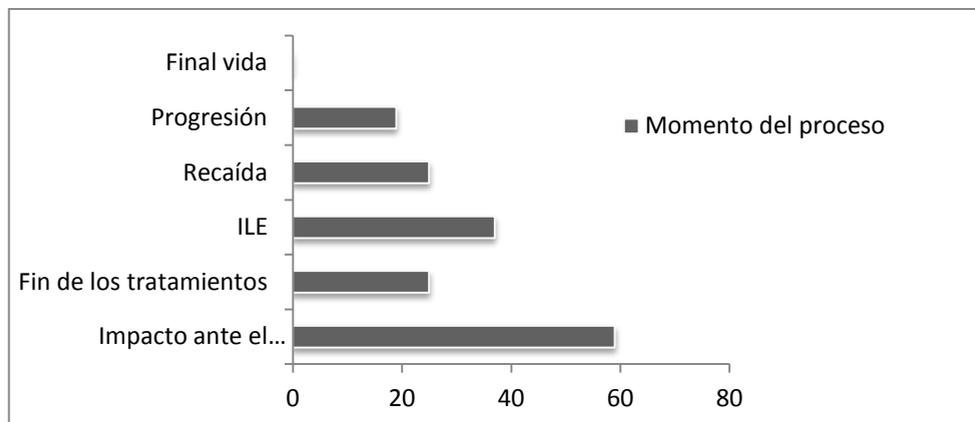
Otra variable que se valoró en la entrevista es si los pacientes tienen un **apoyo social percibido** alto, medio o bajo. Encontramos que el 40% (n=15) tiene un apoyo social percibido alto, el 50% (n=94)

medio y el casi 9% (n=16) bajo. Por otra parte, el 88% (n=163) convive con otra persona, que normalmente es la pareja o los hijos; mientras que el 12% (n=22) vive solo.

Se valoró si los pacientes habían vivido durante su vida alguna experiencia que considerasen subjetivamente **traumática** o que no hubiesen elaborado a nivel psicológico. De las categorías que se les ofrecía el 24% (n=44) respondió que habían tenido problemas familiares no resuelto, el 20% (n=37) la muerte de un ser querido, el 5% (n=10) una agresión personal a lo largo de su vida, el 31% (n=58) consideraban traumático el diagnóstico de cáncer propio o el de otros y el 5% (n=10) otra enfermedad.

Se identificó el **proceso psicológico** en relación con la enfermedad oncológica (figura 28) por el que estaban pasando los pacientes cuando acuden a consulta, de esta manera observamos que el 32% (n=59) de los pacientes que acuden a consulta lo hacen en el momento del impacto ante el diagnóstico y durante los tratamientos iniciales, el 13% (n=25) al finalizar los tratamientos en relación a las secuelas de los mismos, el 20% (n=37) acuden en el periodo libre de enfermedad y la supervivencia, el 13% (n=25) en la recaída, el 10% (n=19) durante la progresión de la enfermedad y el 1% (n=2) en el proceso final de la vida.

Figura 28. Momento de la enfermedad en el momento de la petición de ayuda psicológica.



Otra variable recogida es la relacionada con el uso que hacen los pacientes atendidos de las **terapias alternativas**. Los resultados arrojan que tan solo el casi 10% (n=18) dicen consumir algún tipo, y se distribuyen de la siguiente manera: casi el 3% (n=7) sistemas médicos, el 1% (n=2) mente-cuerpo, el 2% (n=4) terapias biológicas, el 1% (n=2) terapias de manipulación y el 2% (n=3) terapias energéticas.

Como se comentó anteriormente en la Unidad de Psicología se atiende a **familiares** de pacientes oncológicos, que corresponde aproximadamente al 11% (n=20) de nuestra muestra total. Se identificó el tipo de tumor del enfermo oncológico de estos familiares y encontramos que la distribución es bastante uniforme: 2% (n=4) digestivo, casi 2% (n=3) mama, urológico y pulmón; y 0.5% (n=1) ginecológico, sarcoma, linfoma y tumor cerebral. Estos familiares de

los pacientes oncológicos piden ayuda psicológica en primer lugar durante el impacto ante el diagnóstico y los tratamientos (3%, n=6), en segundo lugar en el periodo relativo al final de la vida (casi otro 3%, n=5), durante la progresión (2%, n=4), en el periodo libre de enfermedad (casi 2% n=3) y finalmente en la elaboración del duelo (1%, n=2).

### 5.3. Análisis de correlaciones

En este apartado se ha realizado un análisis de correlaciones ( $r$  de Pearson) para determinar las relaciones entre las dimensiones de la personalidad, el afrontamiento y la sintomatología ansioso-depresiva y la calidad de vida.

Para no incluir una matriz de correlación ardua de leer, estas correlaciones se presentarán por partes y solo se mencionarán aquellas que sean significativas por encima de 0.3.

### **5.3.1. Personalidad y Afrontamiento**

Antes de comentar los resultados debemos recordar que los datos de las facetas que tienen índices de fiabilidad bajos deben ser tomados en cuenta con reserva (neuroticismo: ansiedad, hostilidad, vulnerabilidad; extraversión: cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad; apertura a la experiencia: fantasía; amabilidad: confianza, franqueza, modestia y sensibilidad a los demás; responsabilidad: competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro). Lo mismo ocurre con las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, preocupación y resignación pasiva y huida y distanciamiento.

En la matriz 1 se establecen las relaciones entre **neuroticismo** y afrontamiento. Las facetas de neuroticismo que se relacionan positivamente con afrontamiento son: ansiedad con ansiedad y preocupación ansiosa ( $r=0.429$ ), depresión con ansiedad y preocupación ansiosa ( $r=0.386$ ), vulnerabilidad y ansiedad y preocupación ansiosa ( $r=0.384$ ) y neuroticismo con ansiedad y preocupación ansiosa ( $r=0.430$ ). Es decir, que la ansiedad como rasgo de personalidad tiene una relación directa con una manera ansiosa de afrontar situaciones de estrés.

Por otra parte, las facetas de neuroticismo también presentan una relación negativa con algunas estrategias de afrontamiento. La faceta de ansiedad se relaciona negativamente con enfrentamiento y lucha activa ( $r=-0.333$ ) y con autocontrol y control emocional ( $r=-0.345$ ). La faceta de depresión se relaciona negativamente con

enfrentamiento y lucha activa ( $r=-0.356$ ) y autocontrol y control emocional ( $r=-0.353$ ). La faceta de vulnerabilidad también presenta relaciones negativas con las mismas estrategias de afrontamiento ( $r=-0.409$  y  $r=-0.373$ , respectivamente). De igual manera, la dimensión de neuroticismo por sí misma también presenta unas relaciones negativas con estas estrategias de afrontamiento ( $r=-0.373$  y  $r=-0.367$ ).

También podemos decir que las estrategias de afrontamiento de pasividad y resignación pasiva, búsqueda de apoyo social, y huida y distanciamiento no presentan ningún tipo de relación con el neuroticismo.

Por lo tanto, los datos nos indican que aquellos pacientes oncológicos que presenten puntuaciones elevadas en la dimensión de neuroticismo y específicamente en las facetas de ansiedad y depresión, afrontarán la enfermedad con estrategias de afrontamiento de ansiedad y preocupación ansiosa y no de enfrentamiento y lucha activa o autocontrol y control emocional.

Matriz 1. Correlaciones NEUROTICISMO y Afrontamiento.

|                                | N. Ansiedad       | N. Hostilidad    | N. Depresión      | N. Ansiedad Social | N. Impulsividad | N. Vulnerabilidad | NEUROTICISMO      |
|--------------------------------|-------------------|------------------|-------------------|--------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Enfrentamiento y Lucha Activa  | -,333(**)<br>,000 | -,180(*)<br>,014 | -,356(**)<br>,000 | -,190(**)<br>,010  | -,067<br>,366   | -,409(**)<br>,000 | -,373(**)<br>,000 |
| Autocontr. y Control Emocional | -,345(**)<br>,000 | -,129<br>,081    | -,353(**)<br>,000 | -,209(**)<br>,004  | -,105<br>,156   | -,373(**)<br>,000 | -,367(**)<br>,000 |
| Búsqueda de Apoyo Social       | -,110<br>,137     | -,108<br>,142    | -,199(**)<br>,007 | -,210(**)<br>,004  | ,038<br>,603    | -,152(*)<br>,039  | -,182(*)<br>,013  |
| Ansiedad y Preocup. Ansiosa    | ,429(**)<br>,000  | ,203(**)<br>,006 | ,386(**)<br>,000  | ,220(**)<br>,003   | ,176(*)<br>,016 | ,384(**)<br>,000  | ,430(**)<br>,000  |
| Pasividad y Resignac. Pasiva   | ,180(*)<br>,014   | -,031<br>,674    | ,117<br>,113      | ,010<br>,895       | -,062<br>,400   | ,020<br>,789      | ,064<br>,387      |
| Huída y Distanciamiento        | ,161(*)<br>,028   | ,055<br>,456     | ,105<br>,156      | ,039<br>,596       | ,019<br>,798    | -,016<br>,832     | ,089<br>,229      |
| Negación                       | -,172(*)<br>,019  | ,095<br>,197     | ,088<br>,232      | ,020<br>,784       | -,001<br>,993   | -,059<br>,423     | -,002<br>,982     |

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En la matriz 2 se establecen las relaciones entre **extraversión** y afrontamiento. En la tabla podemos observar que existen relaciones positivas entre la faceta de asertividad y el afrontamiento de autocontrol y control emocional ( $r=0.324$ ). La faceta de emociones

positivas muestra una relación positiva con enfrentamiento y lucha activa ( $r=0.344$ ) y con autocontrol y control emocional ( $r=0.308$ ). En cuanto a las relaciones negativas solo podemos destacar la relación entre la faceta de emociones positivas y ansiedad y preocupación ansiosa ( $r=0.269$ ). Es decir, que las personas que manifiesten como rasgo de personalidad emociones positivas tenderán a no emplear la estrategia de afrontamiento de ansiedad y preocupación ansiosa en las situaciones que vivan durante el proceso de la enfermedad oncológica.

Cabe decir, que al igual que ocurría con el neuroticismo, la extraversión no se relaciona con las estrategias de afrontamiento de pasividad y resignación pasiva, búsqueda de apoyo social y huida y distanciamiento.

Matriz 2. Correlaciones **EXTRAVERSIÓN** y Afrontamiento.

|                                 | EX<br>Cordial<br>idad | EX.<br>Gregari<br>simo | EX.<br>Asertivi<br>dad | EX.<br>Activid<br>ad | EX.<br>Búsque<br>da<br>Emocio<br>nes | EX.<br>Emocio<br>nes<br>Positiv<br>as | EXTRA<br>VERSI<br>ÓN |
|---------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| Enfrentamiento y Lucha Activa   | ,141                  | ,224(**)               | ,211(**)               | ,030                 | ,008                                 | ,344(**)                              | ,277(**)             |
|                                 | ,055                  | ,002                   | ,004                   | ,681                 | ,910                                 | ,000                                  | ,000                 |
| Autocontrol y Control Emocional | ,126                  | ,195(**)               | ,324(**)               | -,043                | ,046                                 | ,308(**)                              | ,273(**)             |
|                                 | ,089                  | ,008                   | ,000                   | ,563                 | ,532                                 | ,000                                  | ,000                 |
| Búsqueda de Apoyo Social        | ,255(**)              | ,221(**)               | ,153(*)                | ,159(*)              | ,032                                 | ,232(**)                              | ,293(**)             |
|                                 | ,000                  | ,003                   | ,038                   | ,030                 | ,664                                 | ,001                                  | ,000                 |
| Ansiedad y Preocupación Ansiosa | -,060                 | -,153(*)               | -,122                  | ,164(*)              | ,024                                 | -,269(**)                             | -,129                |
|                                 | ,416                  | ,037                   | ,098                   | ,026                 | ,745                                 | ,000                                  | ,081                 |
| Pasividad y Resignación Pasiva  | ,039                  | -,085                  | -,073                  | ,078                 | -,085                                | -,054                                 | -,051                |
|                                 | ,595                  | ,252                   | ,326                   | ,289                 | ,250                                 | ,469                                  | ,494                 |
| Huida y Distanciamiento         | ,088                  | ,064                   | -,026                  | ,072                 | ,013                                 | -,056                                 | ,039                 |
|                                 | ,234                  | ,385                   | ,722                   | ,329                 | ,863                                 | ,451                                  | ,603                 |
| Negación                        | -,064                 | -,037                  | -,069                  | ,031                 | ,071                                 | -,143                                 | -,066                |
|                                 | ,387                  | ,621                   | ,347                   | ,674                 | ,339                                 | ,052                                  | ,373                 |

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En la matriz 3 se establecen las relaciones entre dimensión de personalidad de **apertura** y las estrategias de afrontamiento. Los resultados ofrecen escasas relaciones entre ambos y todas ellas muy débiles, por lo que no destacaremos ninguna.

Matriz 3. Correlaciones APERTURA y Afrontamiento.

|                                 | AP. Fantasia | AP. Estética | AP. Sentimientos | AP. Acciones | AP. Ideas | AP. Valores | APERTURA  |
|---------------------------------|--------------|--------------|------------------|--------------|-----------|-------------|-----------|
| Enfrentamiento y Lucha Activa   | -,012        | -,006        | ,240(**)         | ,143         | ,098      | ,111        | ,124      |
|                                 | ,874         | ,938         | ,001             | ,052         | ,186      | ,132        | ,091      |
| Autocontrol y Control Emocional | ,098         | ,118         | ,342(**)         | ,168(*)      | ,265(**)  | ,167(*)     | ,275(**)  |
|                                 | ,185         | ,110         | ,000             | ,022         | ,000      | ,023        | ,000      |
| Búsqueda de Apoyo Social        | ,009         | ,045         | ,160(*)          | ,122         | ,093      | ,155(*)     | ,133      |
|                                 | ,900         | ,544         | ,030             | ,098         | ,210      | ,036        | ,071      |
| Ansiedad y Preocupación Ansiosa | ,000         | -,039        | -,055            | -,070        | -,014     | -,092       | -,062     |
|                                 | ,995         | ,595         | ,461             | ,345         | ,847      | ,211        | ,405      |
| Pasividad y Resignación Pasiva  | -,175(*)     | ,000         | -,158(*)         | -,145(*)     | -,181(*)  | -,202(**)   | -,202(**) |
|                                 | ,017         | ,995         | ,032             | ,048         | ,014      | ,006        | ,006      |
| Huida y Distanciam.             | -,135        | ,072         | -,002            | -,160(*)     | ,051      | -,154(*)    | -,065     |
|                                 | ,067         | ,329         | ,973             | ,029         | ,488      | ,036        | ,377      |
| Negación                        | -,101        | ,078         | -,051            | ,027         | ,017      | ,008        | ,001      |
|                                 | ,173         | ,290         | ,494             | ,719         | ,818      | ,912        | ,988      |

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En la matriz 4 se presentan las relaciones entre **amabilidad** y afrontamiento. Tal y como se puede observar los datos de la tabla muestran que no hay relación entre las facetas y la dimensión de personalidad de amabilidad y las estrategias de afrontamiento evaluadas en una muestra de pacientes oncológicos.

Matriz 4. Correlaciones AMABILIDAD y Afrontamiento

|                                 | AM. Confianza | AM. Franqueza | AM. Altruismo | AM. Actitud Conciliadora | AM. Modestia | AM. Sensibilidad a los Demás | AMABILIDAD |
|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|--------------------------|--------------|------------------------------|------------|
| Enfrentamiento y Lucha Activa   | ,209(**)      | ,015          | ,072          | -,029                    | ,001         | ,140                         | ,099       |
|                                 | ,004          | ,836          | ,330          | ,695                     | ,985         | ,057                         | ,179       |
| Autocontrol y Control Emocional | ,176(*)       | -,092         | ,016          | -,059                    | -,087        | ,086                         | ,007       |
|                                 | ,017          | ,211          | ,824          | ,428                     | ,239         | ,244                         | ,922       |
| Búsqueda de Apoyo Social        | ,205(**)      | -,046         | ,045          | -,099                    | -,006        | ,071                         | ,039       |
|                                 | ,005          | ,532          | ,540          | ,181                     | ,934         | ,335                         | ,601       |
| Ansiedad y Preocupación Ansiosa | -,143         | -,020         | -,024         | -,061                    | ,017         | ,028                         | -,051      |
|                                 | ,053          | ,791          | ,746          | ,412                     | ,819         | ,703                         | ,487       |
| Pasividad y Resignación Pasiva  | -,067         | ,070          | ,047          | ,094                     | ,069         | ,066                         | ,070       |
|                                 | ,366          | ,345          | ,529          | ,205                     | ,348         | ,375                         | ,344       |
| Huída y Distanciamiento         | ,066          | -,013         | ,088          | ,031                     | ,049         | ,081                         | ,072       |
|                                 | ,373          | ,857          | ,232          | ,672                     | ,504         | ,276                         | ,328       |
| Negación                        | -,018         | -,067         | -,049         | -,044                    | ,120         | -,056                        | -,033      |
|                                 | ,810          | ,362          | ,506          | ,552                     | ,105         | ,450                         | ,658       |

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En la matriz 5 se presentan las relaciones entre la dimensión de la personalidad de **responsabilidad** y las estrategias de afrontamiento. Las relaciones que se establecen son débiles, por lo que debemos afirmar que ni las facetas, ni la dimensión de

responsabilidad presentan relaciones ni positivas ni negativas con las estrategias de enfrentamiento y lucha activa, autocontrol y control emocional, búsqueda de apoyo social, ansiedad y preocupación ansiosa, pasividad y resignación pasiva, y huida y distanciamiento.

Matriz 5. Correlaciones RESPONSABILIDAD y Afrontamiento

|                                 | R. Competencia | R. Orden | R. Sentido del Deber | R. Necesidad de logro | R. Autoestima | R. Deliberación | RESPONSABILIDAD |
|---------------------------------|----------------|----------|----------------------|-----------------------|---------------|-----------------|-----------------|
| Enfrentamiento y Lucha Activa   | ,246(**)       | ,058     | ,152(*)              | ,266(**)              | ,221(**)      | ,150(*)         | ,248(**)        |
|                                 | ,001           | ,437     | ,039                 | ,000                  | ,003          | ,042            | ,001            |
| Autocontrol y Control Emocional | ,255(**)       | ,051     | ,073                 | ,216(**)              | ,155(*)       | ,135            | ,201(**)        |
|                                 | ,000           | ,492     | ,326                 | ,003                  | ,035          | ,067            | ,006            |
| Búsqueda de Apoyo Social        | ,176(*)        | -,040    | ,060                 | ,144                  | ,018          | ,089            | ,098            |
|                                 | ,016           | ,588     | ,420                 | ,050                  | ,803          | ,227            | ,183            |
| Ansiedad y Preocupación Ansiosa | -,066          | -,103    | -,032                | -,025                 | -,171(*)      | -,032           | -,102           |
|                                 | ,376           | ,161     | ,666                 | ,731                  | ,020          | ,665            | ,165            |
| Pasividad y Resignación Pasiva  | ,086           | ,102     | ,154(*)              | ,039                  | ,090          | -,046           | ,095            |
|                                 | ,244           | ,166     | ,036                 | ,603                  | ,222          | ,534            | ,200            |
| Huida y Distanciamiento         | ,087           | ,010     | ,125                 | ,201(**)              | ,112          | ,166(*)         | ,159(*)         |
|                                 | ,236           | ,896     | ,091                 | ,006                  | ,130          | ,024            | ,030            |
| Negación                        | -,136          | -,118    | -,065                | -,057                 | -,108         | -,192(**)       | -,158(*)        |
|                                 | ,064           | ,111     | ,383                 | ,442                  | ,144          | ,009            | ,032            |

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

### **5.3.2. Personalidad, sintomatología y calidad de vida**

Antes de comentar los resultados debemos recordar que los datos de las facetas que tienen índices de fiabilidad bajos deben ser tomados en cuenta con reserva (neuroticismo: ansiedad, hostilidad, vulnerabilidad; extraversión: cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad; apertura a la experiencia: fantasía; amabilidad: confianza, franqueza, modestia y sensibilidad a los demás; responsabilidad: competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro).

La matriz 6 muestra las relaciones entre **neuroticismo** y sintomatología ansiosa, depresiva y somatización y las escalas de calidad de vida. La dimensión de neuroticismo se relaciona positivamente con ansiedad ( $r=0.466$ ), depresión ( $r=0.505$ ) y somatización ( $r=0.355$ ). Y se relaciona negativamente con bienestar social y familiar ( $r=-0.333$ ) y funcionamiento personal ( $r=-0.426$ ).

De forma más concreta, la faceta de ansiedad se relaciona positivamente con ansiedad ( $r=0.546$ ), depresión ( $r=0.426$ ) y somatización ( $r=0.386$ ). Y se relaciona negativamente con la escalas de calidad de vida de funcionamiento personal ( $r=-0.447$ ).

La faceta de depresión de la personalidad se relaciona de forma positiva con los síntomas de ansiedad ( $r=0.478$ ), depresión ( $r=0.571$ ) y somatización ( $r=0.404$ ). Y se relaciona negativamente con bienestar social y familiar ( $r=-0.322$ ) y funcionamiento personal ( $r=-0.431$ ).

Estas relaciones son lógicas dado que la ansiedad y la depresión son variables parecidas que se están evaluando de forma diferente, unas en cuanto a dimensión de la personalidad y otras de forma situacional.

La faceta de vulnerabilidad de la personalidad presenta relaciones positivas con ansiedad ( $r=0.327$ ) y depresión ( $r=0.364$ ). Y presenta relaciones negativas significativas con la dimensión de calidad de vida de funcionamiento personal ( $r=-0.425$ ). Es decir, que a mayor vulnerabilidad menor calidad de vida en cuanto al funcionamiento personal.

Matriz 6. Correlaciones NEUROTICISMO y BSI y FACT-G

|                                    | N. Ansiedad           | N. Hostilidad         | N. Depresión          | N. Ansiedad Social    | N. Impulsividad  | N. Vulnerabilidad     | NEUROTICISMO          |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|
| BSI Ansiedad                       | ,546(**)<br>,000      | ,242(**)<br>,001      | ,478(**)<br>,000      | ,237(**)<br>,001      | ,088<br>,231     | ,327(**)<br>,000      | ,466(**)<br>,000      |
| BSI Depresión                      | ,426(**)<br>,000      | ,273(**)<br>,000      | ,571(**)<br>,000      | ,329(**)<br>,000      | ,104<br>,160     | ,364(**)<br>,000      | ,505(**)<br>,000      |
| BSI Somatiz.                       | ,386(**)<br>,000      | ,194(**)<br>,008      | ,404(**)<br>,000      | ,172(*)<br>,019       | ,056<br>,448     | ,236(**)<br>,001      | ,355(**)<br>,000      |
| FACT-G Bienestar Físico            | -<br>,275(**)<br>,000 | -<br>,214(**)<br>,004 | -<br>,252(**)<br>,001 | -,106<br>,149         | -,121<br>,101    | -<br>,215(**)<br>,003 | -<br>,282(**)<br>,000 |
| FACT-G Bienestar Social y Familiar | -<br>,253(**)<br>,001 | -<br>,225(**)<br>,002 | -<br>,322(**)<br>,000 | -<br>,257(**)<br>,000 | -,188(*)<br>,011 | -,159(*)<br>,031      | -<br>,333(**)<br>,000 |
| FACT-G Bienestar Emocional         | -<br>,308(**)<br>,000 | -,111<br>,133         | -,137<br>,064         | -,087<br>,237         | -,077<br>,300    | -,155(*)<br>,035      | -<br>,206(**)<br>,005 |
| FACT-G Funcionamiento Personal     | -<br>,447(**)<br>,000 | -<br>,225(**)<br>,002 | -<br>,431(**)<br>,000 | -,174(*)<br>,018      | -,038<br>,603    | -<br>,425(**)<br>,000 | -<br>,426(**)<br>,000 |

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

La matriz 7 de datos plasma las relaciones existentes entre la dimensión de **extraversión** y sus facetas y la sintomatología ansioso-depresiva y la calidad de vida. Los valores más significativos apuntan una relación negativa ( $r=-0.373$ ) entre la faceta de

emociones positivas de la extraversión y la escala de depresión del BSI. Es decir, las personas que presenten más emociones positivas, también presentarán menor depresión. También esta faceta se relaciona positivamente ( $r=0.347$ ) con la escala de funcionamiento personal de calidad de vida. Por lo tanto, estas personas tendrán una mayor calidad de vida.

Matriz 7. Correlaciones *EXTRAVERSIÓN* y *BSI* y *FACT-G*

|                                | E. Cordialidad  | E. Gregarismo    | E. Asertividad        | E. Actividad    | E. Búsqueda Emociones | E. Emociones Positivas | EXTRAVERSIÓN          |
|--------------------------------|-----------------|------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| BSI Ansiedad                   | -,008<br>,919   | -,071<br>,338    | -,094<br>,202         | ,153(*)<br>,038 | ,125<br>,089          | -<br>,218(**)<br>,003  | -,047<br>,528         |
| BSI Depresión                  | -,133<br>,071   | -,164(*)<br>,026 | -<br>,194(**)<br>,008 | ,056<br>,447    | ,054<br>,467          | -<br>,373(**)<br>,000  | -<br>,224(**)<br>,002 |
| BSI Somatiz.                   | ,046<br>,534    | -,051<br>,492    | -,040<br>,588         | ,100<br>,177    | ,042<br>,570          | -,149(*)<br>,043       | -,025<br>,739         |
| FACT-G Bienestar Físico        | -,005<br>,944   | ,041<br>,580     | ,019<br>,798          | -,031<br>,678   | -,074<br>,314         | ,149(*)<br>,044        | ,037<br>,619          |
| FACT-G Bienestar Soc. y Famil. | ,182(*)<br>,013 | ,270(**)<br>,000 | ,046<br>,538          | -,066<br>,375   | ,062<br>,401          | ,216(**)<br>,003       | ,203(**)<br>,006      |
| FACT-G Bienestar Emocional     | ,071<br>,336    | ,127<br>,086     | ,003<br>,970          | -,038<br>,605   | ,076<br>,301          | ,123<br>,095           | ,102<br>,167          |
| FACT-G Funcionam. Personal     | ,131<br>,075    | ,162(*)<br>,028  | ,147(*)<br>,046       | -,024<br>,744   | -,035<br>,635         | ,347(**)<br>,000       | ,215(**)<br>,003      |

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La matriz 8 muestra las relaciones que se establecen entre la dimensión de **apertura** de la personalidad y los valores del BSI y FACT-G. Los datos arrojan que no existe relación entre estas variables.

Matriz 8. Correlaciones APERTURA y BSI y FACT-G.

|   | AP.<br>Fantasía | AP.<br>Estética | AP.<br>Sentimientos | AP.<br>Acciones | AP.<br>Ideas | AP.<br>Valores | APERTURA |
|---|-----------------|-----------------|---------------------|-----------------|--------------|----------------|----------|
| BSI<br>Ansiedad                           | ,050            | ,135            | -,005               | -,117           | ,034         | -,037          | ,029     |
|   | ,496            | ,068            | ,947                | ,114            | ,649         | ,616           | ,692     |
| BSI<br>Depresión                          | ,045            | ,036            | -,129               | -,121           | -,020        | -,098          | -,056    |
|   | ,542            | ,629            | ,079                | ,100            | ,787         | ,187           | ,450     |
| BSI<br>Somatización                       | -,019           | ,120            | ,028                | -,041           | ,056         | -,040          | ,035     |
|   | ,797            | ,104            | ,700                | ,575            | ,448         | ,589           | ,632     |
| FACT-G<br>Bienestar<br>Físico             | ,007            | -,064           | -,054               | ,068            | -,040        | ,128           | ,003     |
|   | ,926            | ,389            | ,462                | ,361            | ,585         | ,081           | ,967     |
| FACT-G<br>Bienestar<br>Social<br>Familiar | -,058           | -,169(*)        | ,050                | -,002           | -,100        | ,032           | -,079    |
|   | ,431            | ,022            | ,501                | ,978            | ,179         | ,662           | ,285     |
| FACT-G<br>Bienestar<br>Emocional          | -,072           | ,021            | -,064               | ,061            | ,029         | ,074           | ,013     |
|   | ,331            | ,774            | ,389                | ,407            | ,699         | ,316           | ,859     |
| FACT-G<br>Funcionamiento<br>Personal      | ,069            | ,040            | ,120                | ,075            | ,075         | ,108           | ,114     |
|   | ,354            | ,592            | ,103                | ,311            | ,311         | ,144           | ,121     |

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la matriz 9 se establecen las relaciones entre la dimensión de **amabilidad** y la sintomatología y calidad de vida. Se debe apuntar que no existen relaciones significativas.

Matriz 9. Correlaciones AMABILIDAD y BSI y FACT-G.

|                                    | AM. Confianza     | AM. Franquiza | AM. Altruismo | AM. Actitud Conciliadora | AM. Modestia  | AM. Sensibilidad a los Demás | AMABILIDAD    |
|------------------------------------|-------------------|---------------|---------------|--------------------------|---------------|------------------------------|---------------|
| BSI Ansiedad                       | -,140<br>,057     | -,041<br>,576 | ,008<br>,916  | -,123<br>,096            | ,059<br>,424  | ,007<br>,925                 | -,061<br>,410 |
| BSI Depresión                      | -,195(**)<br>,008 | -,021<br>,777 | -,077<br>,297 | -,073<br>,324            | ,081<br>,274  | ,001<br>,990                 | -,072<br>,327 |
| BSI Somatiz.                       | -,148(*)<br>,045  | -,025<br>,737 | ,034<br>,647  | -,031<br>,670            | ,003<br>,971  | ,075<br>,311                 | -,025<br>,732 |
| FACT-G Bienestar Físico            | ,049<br>,507      | ,067<br>,368  | ,041<br>,580  | ,039<br>,595             | ,028<br>,709  | ,012<br>,868                 | ,058<br>,433  |
| FACT-G Bienestar Social y Familiar | ,124<br>,093      | ,063<br>,392  | ,019<br>,802  | ,067<br>,364             | -,015<br>,836 | ,047<br>,528                 | ,078<br>,290  |
| FACT-G Bienestar Emocional         | ,000<br>,999      | ,009<br>,900  | ,019<br>,797  | ,019<br>,796             | ,062<br>,404  | -,039<br>,595                | ,017<br>,817  |
| FACT-G Funcionamiento Personal     | ,246(**)<br>,001  | -,010<br>,897 | ,081<br>,274  | -,049<br>,507            | -,050<br>,503 | -,002<br>,979                | ,053<br>,476  |

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

La matriz 10 recoge las relaciones entre **responsabilidad** y sintomatología ansioso-depresiva y calidad de vida. Al igual que ocurre con la dimensión anterior debemos afirmar que no se establecen relaciones entre la dimensión de responsabilidad y la sintomatología ansioso-depresiva y la calidad de vida.

Matriz 10. Correlaciones RESPONSABILIDAD y BSI y FACT-G.

|                                    | R. Competencia    | R. Orden      | R. Sentido del Deber | R. Necesidad de Logro | R. Autoestima     | R. Deliberación | RESPONSABILIDAD  |
|------------------------------------|-------------------|---------------|----------------------|-----------------------|-------------------|-----------------|------------------|
| BSI Ansiedad                       | -,110<br>,138     | ,012<br>,875  | ,015<br>,839         | ,065<br>,381          | -,047<br>,525     | -,053<br>,472   | -,029<br>,692    |
| BSI Depresión                      | -,192(**)<br>,009 | -,099<br>,179 | -,050<br>,501        | -,043<br>,562         | -,190(**)<br>,010 | -,072<br>,330   | -,151(*)<br>,040 |
| BSI Somatiz.                       | -,040<br>,589     | ,025<br>,739  | ,003<br>,970         | -,001<br>,991         | -,071<br>,334     | -,029<br>,691   | -,028<br>,704    |
| FACT-G Bienestar Físico            | -,031<br>,677     | ,009<br>,909  | ,023<br>,754         | -,032<br>,663         | ,100<br>,176      | -,010<br>,889   | ,017<br>,823     |
| FACT-G Bienestar Social y Familiar | ,132<br>,074      | -,069<br>,354 | -,060<br>,421        | -,026<br>,724         | ,105<br>,157      | ,085<br>,249    | ,042<br>,568     |
| FACT-G Bienestar Emocional         | ,046<br>,538      | ,119<br>,106  | ,052<br>,483         | ,130<br>,079          | ,117<br>,111      | ,074<br>,320    | ,124<br>,092     |
| FACT-G Funcionamiento Personal     | ,072<br>,330      | ,046<br>,531  | ,032<br>,665         | ,095<br>,199          | ,108<br>,144      | -,041<br>,576   | ,071<br>,339     |

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

### 5.3.3. *Afrontamiento, sintomatología y calidad de vida*

Antes de comentar los resultados recordemos que los datos de las estrategias de afrontamiento de *búsqueda de apoyo social, preocupación y resignación pasiva y huida y distanciamiento* deben ser tomados con cautela puesto que sus índices de fiabilidad son bajos.

La matriz 11 de datos muestra las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y la sintomatología y la calidad de vida.

En cuanto a la estrategia de afrontamiento de ***enfrentamiento y lucha activa***, podemos observar relaciones positivas con calidad de vida en cuanto al bienestar social ( $r=0.338$ ), bienestar emocional ( $r=0.373$ ) y funcionamiento personal ( $r=0.513$ ). Ello indica que las personas que emplean esta estrategia de afrontamiento tendrán mayor calidad de vida. Por otra parte, se muestran relaciones negativas con ansiedad ( $r=-0.350$ ) y depresión ( $r=-0.509$ ). Como podemos ver la relación con depresión es más significativa, lo que nos indica que las personas que empleen la estrategia de afrontamiento de lucha activa presentarán menos sintomatología ansiosa, pero sobre todo menor sintomatología depresiva.

En el afrontamiento basado en el ***autocontrol y el control emocional***, ocurre algo parecido y es que tiene una relación positiva con la calidad de vida. Encontramos relaciones positivas entre este

afrontamiento y bienestar social y familiar ( $r=0.307$ ), y funcionamiento personal ( $r=0.502$ ), es decir, que aquellas personas que empleen el autocontrol y el control emocional en su afrontamiento de la enfermedad oncológica presentarán una mayor calidad de vida social y familiar, y personal. En cuanto a las relaciones negativas se establecen con ansiedad ( $r=-0.393$ ) y depresión ( $r=-0.549$ ). Ello indica que al igual que ocurría con el enfrentamiento y la lucha activa, las personas que utilicen el autocontrol y el control emocional manifestaran menores indicadores de ansiedad y depresión.

La estrategia de **búsqueda de apoyo social** proporciona relaciones débiles y solo hay significatividad positiva con la escala de bienestar social y familiar ( $r=0.347$ ). Es coherente pensar que aquellas personas que buscan apoyo social en el afrontamiento de situaciones estresantes se sientan más satisfechas en las relaciones familiares y sociales, ya que son dos formas diferentes de medir una variable similar.

La estrategia de afrontamiento de **ansiedad y preocupación ansiosa** tiene relaciones fuertes tanto con las escalas de sintomatología como con la calidad de vida. Por una parte, encontramos relaciones positivas con ansiedad ( $r=0.522$ ), depresión ( $r=0.634$ ) y somatización ( $r=0.395$ ). Es decir, las personas que emplean esta estrategia de afrontamiento manifestarán sintomatología psicológica negativa. También encontramos relaciones negativas significativas con las escalas de calidad de vida: bienestar

físico ( $r=-0.374$ ), y bienestar personal ( $r=-0.544$ ). Por lo tanto, las personas que emplean estrategias de afrontamiento basadas en la ansiedad y la preocupación ansiosa presentarán también menor calidad de vida.

En cuanto a la **pasividad y la resignación pasiva** cabe decir que no presenta relaciones ni positivas ni negativas con ninguna de las escalas ni de sintomatología psicológica ni de calidad de vida. Lo que nos está indicando que las personas que empleen estos métodos de afrontamiento no se verán perjudicadas ni beneficiadas por dichas escalas.

Finalmente, encontramos que el afrontamiento de **huída y el distanciamiento** tiene relaciones positivas con ansiedad ( $r=0.343$ ) y depresión ( $r=0.300$ ) y negativas con bienestar físico ( $r=-0.310$ ). Las personas que empleen como mecanismo de afrontamiento ante la enfermedad estrategias de huída presentarán también niveles de ansiedad y depresión significativos, así como una pérdida de bienestar físico.

Matriz 11. Correlaciones Afrontamiento y BSI y FACT-G.

|                                    | Enfrentamiento y Lucha Activa | Autocontrol y Control Emocional | Búsqueda de Apoyo Social | Ansiedad y Preocupación Ansiosa | Pasividad y Resignación Pasiva | Huída y Distanciamiento | Negación        |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------|
| BSI Ansiedad                       | -,350(**)<br>,000             | -,393(**)<br>,000               | -,034<br>,644            | ,522(**)<br>,000                | ,218(**)<br>,003               | ,343(**)<br>,000        | -,097<br>,187   |
| BSI Depresión                      | -,509(**)<br>,000             | -,549(**)<br>,000               | -,220(*)<br>,003         | ,634(**)<br>,000                | ,234(**)<br>,001               | ,300(**)<br>,000        | -,004<br>,953   |
| BSI Somatización                   | -,289(**)<br>,000             | -,280(**)<br>,000               | -,082<br>,268            | ,395(**)<br>,000                | ,232(**)<br>,001               | ,235(**)<br>,001        | ,062<br>,405    |
| FACT-G Bienestar Físico            | ,139<br>,060                  | ,112<br>,130                    | -,045<br>,548            | -,374(**)<br>,000               | -,118<br>,109                  | -,310(**)<br>,000       | ,045<br>,543    |
| FACT-G Bienestar Social y Familiar | ,338(**)<br>,000              | ,307(**)<br>,000                | ,347(*)<br>,000          | -,244(**)<br>,001               | -,181(*)<br>,014               | -,147(*)<br>,046        | -,041<br>,584   |
| FACT-G Bienestar Emocional         | ,373(**)<br>,000              | ,335(**)<br>,000                | ,116<br>,117             | -,380(**)<br>,000               | ,022<br>,766                   | -,079<br>,288           | ,206(*)<br>,005 |
| FACT-G Funcionamiento Personal     | ,513(**)<br>,000              | ,502(**)<br>,000                | ,153(*)<br>,037          | -,544(**)<br>,000               | -,117<br>,113                  | -,160(*)<br>,029        | ,131<br>,076    |

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

#### 5.4. Diferencia de Medias

En este apartado se presentan los resultados de los análisis de diferencias de medias realizados en las distintas variables de interés. En el caso de variables categóricas de dos niveles se utilizó la prueba t y en las categóricas de más de dos grupos se realizó una prueba de contraste Post hoc de Bonferroni. Previo a ello se realizó un análisis de Z Kolmogorov-Smirnov para confirmar la distribución normal de las variables en las muestras. Tras la comparación de las medias de los grupos se analiza el tamaño del efecto mediante el estadístico d Cohen. Las variables en las que se ha realizado la comparación de medias son:

- Sexo.
- Edad.
- Estudios.
- Rol del paciente.

- Psicofármacos.
- Eje I: diagnóstico de trastorno mental
- Eje II: diagnóstico de trastorno de personalidad
- Eje III: diagnóstico de enfermedad médica (oncológica)
- Estadio de la enfermedad
- Tratamiento oncológico.

Antes de comentar los resultados de las diferencias de medias en el cálculo de dichas variables recordemos que los datos relativos a las facetas de la personalidad y a las estrategias de afrontamiento con índices de fiabilidad bajos deben ser tomados con prudencia. Las facetas de la personalidad que tienen índices de fiabilidad bajos son: neuroticismo: ansiedad, hostilidad, vulnerabilidad; extraversión: cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad; apertura a la experiencia: fantasía; amabilidad: confianza, franqueza, modestia y sensibilidad a los demás; responsabilidad: competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro. Lo mismo ocurre con las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, preocupación y resignación pasiva y huida y distanciamiento.

### 5.4.1. Sexo

Teniendo en cuenta que 154 individuos son mujeres y 31 son hombres se realizó un análisis de los datos con la prueba U de Mann Whitney (dado que la distribución no es normal) y encontramos que existen diferencias significativas entre las mujeres y los hombres en escalas y las dimensiones que se presentan en las siguientes tablas.

Tabla 1. *Diferencia de medias entre sintomatología y sexo.*

|                     |        | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|---------------------|--------|-----|-----------|--------|-------|
| BSI<br>Somatización | Mujer  | 154 | 8,56      | -1,926 | 0,054 |
|                     | Hombre | 31  | 6,13      |        |       |

A la luz de los resultados encontrados (tabla 1) podemos decir que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en *somatización*, donde las mujeres presentan puntuaciones superiores ( $\bar{x}=8,56$ ) que los hombres ( $\bar{x}=6,13$ ) ( $p=0,054$ ).

En cuanto a la calidad de vida los resultados indican que no existen diferencias significativas en ninguna de las escalas entre hombres y mujeres.

Tabla 2. Diferencia de medias entre afrontamiento y sexo.

|  | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|--|-----|-----------|--------|-------|
| CAEPO<br>Pasividad y<br>Resignación Pasiva<br>Mujer  | 154 | 7,56      | -1,891 | 0,059 |
| CAEPO<br>Pasividad y<br>Resignación Pasiva<br>Hombre | 31  | 6,55      |        |       |

En las estrategias de afrontamiento (tabla 2) solo encontramos diferencias significativas en una de las escalas: *pasividad y resignación pasiva*. Las mujeres ( $\bar{x}=7,56$ ) emplean esta estrategia más que los hombres ( $\bar{x}=6,55$ ) a la hora de afrontar la enfermedad ( $p=0,059$ ). Sabemos que el nivel de significación en este caso es muy justo, pero no hemos querido obviarlo puesto que esperamos que si aumentásemos la muestra sería significativo.

Tabla 3. Diferencia de medias entre Neuroticismo y sexo.

|  | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|--|-----|-----------|--------|-------|
| Neo NEUROTICISMO<br>Hostilidad<br>Mujer  | 154 | 12,78     | -2,468 | 0,014 |
| Neo NEUROTICISMO<br>Hostilidad<br>Hombre | 31  | 15,00     |        |       |

La única faceta del neuroticismo (tabla 3) en la que encontramos diferencias significativas es en *hostilidad*, en la que los hombres tienen puntuaciones superiores ( $\bar{x}=15,00$ ) a las de las mujeres ( $\bar{x}=12,78$ ) ( $p=0,013$ ).

Tabla 4. *Diferencia de medias entre Extraversión y sexo.*

|   | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|---|-----|-----------|--------|-------|
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN<br/>Cordialidad</b> | 154 | 22,45     | -3,941 | 0,000 |
| Mujer                                   | 31  | 18,81     |        |       |
| Hombre                                  | 154 | 17,04     | -2,809 | 0,005 |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN<br/>Gregarismo</b>  | 31  | 14,29     |        |       |
| Hombre                                  | 154 | 103,10    | -2,162 | 0,031 |
| Mujer                                   | 31  | 95,10     |        |       |
| Hombre                                  |     |           |        |       |

En la dimensión de personalidad de *extraversión* (tabla 4) encontramos diferencias significativas, obteniendo puntuaciones más altas las mujeres ( $\bar{x}=103,10$ ) que los hombres ( $\bar{x}=95,10$ ) ( $p=0,031$ ). En cuanto a las facetas destacan las diferencias significativas en:

- *Cordialidad* (mujeres  $\bar{x}=22,45$  y hombres  $\bar{x}=18,81$ ;  $p=0,000$ ). Las mujeres presentan puntuaciones superiores a los hombres.

- *Gregarismo* (mujeres  $\bar{x}=17,04$  y hombres  $\bar{x}=14,29$ ;  $p=0,005$ ). Las mujeres presentan puntuaciones superiores a los hombres.

Tabla 5. *Diferencia de medias entre Amabilidad y sexo.*

|  | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|--|-----|-----------|--------|-------|
| <b>Neo AMABILIDAD Confianza</b>                | 154 | 21,03     | -2,033 | 0,042 |
| Mujer  | 31  | 19,77     |        |       |
| Hombre   | 154 | 24,17     | -3,983 | 0,000 |
| <b>Neo AMABILIDAD Altruismo</b>                | 154 | 24,17     | -3,983 | 0,000 |
| Mujer  | 31  | 21,06     |        |       |
| Hombre   | 154 | 21,69     | -2,262 | 0,024 |
| <b>Neo AMABILIDAD Modestia</b>                 | 154 | 21,69     | -2,262 | 0,024 |
| Mujer  | 31  | 19,81     |        |       |
| Hombre   | 154 | 24,09     | -3,031 | 0,002 |
| <b>Neo AMABILIDAD Sensibilidad a los demás</b> | 154 | 24,09     | -3,031 | 0,002 |
| Mujer  | 31  | 22,48     |        |       |
| Hombre   | 154 | 130,55    | -3,966 | 0,000 |
| <b>Neo AMABILIDAD</b>                          | 154 | 130,55    | -3,966 | 0,000 |
| Mujer  | 31  | 119,97    |        |       |
| Hombre   | 154 | 130,55    | -3,966 | 0,000 |

Finalmente, en la dimensión de *amabilidad* (tabla 5) encontramos resultados en el mismo sentido, es decir, diferencias

significativas en las que las mujeres obtienen puntuaciones superiores ( $\bar{x}=130,55$ ) a las de los hombres ( $\bar{x}=119,97$ ) ( $p=0,000$ ). En cuanto a las facetas todas, a excepción de *honradez*, muestran diferencias significativas, en las que las mujeres obtienen puntuaciones superiores a los hombres:

- *Confianza* (mujeres  $\bar{x}=21,03$  y hombres  $\bar{x}=19,77$ ;  $p=0,042$ ).
- *Altruismo* (mujeres  $\bar{x}=24,17$  y hombres  $\bar{x}=21,06$ ;  $p=0,000$ ).
- *Modestia* (mujeres  $\bar{x}=21,69$  y hombres  $\bar{x}=18,81$ ;  $p=0,024$ ).
- *Sensibilidad a los Demás* (mujeres  $\bar{x}=24,09$  y hombres  $\bar{x}=22,48$ ;  $p=0,002$ ).

#### **5.4.2. Edad**

Para los cálculos de la variable edad se categorizó en tres grupos:

- Grupo 1: de 20 a 45 años ( $n=42$ ).
- Grupo 2: de 46 a 60 años ( $n=102$ ).
- Grupo 3: de 61 a 80 años ( $n=41$ ).

Tabla 6. Diferencia de medias entre consumo de psicofármacos y edad.

|                      | Grupo | N   | $\bar{x}$ | desviación típica | p     | d Cohen |
|----------------------|-------|-----|-----------|-------------------|-------|---------|
| <b>Psicofármacos</b> | 1     | 42  | 1,64      | ,485              | 0,006 | 0,55    |
| Edad 1-2             |       |     |           |                   |       |         |
| <b>Psicofármacos</b> | 2     | 102 | 1,37      | ,486              |       |         |
| Edad 1-2             |       |     |           |                   |       |         |
| <b>Psicofármacos</b> | 1     | 42  | 1,64      | ,485              | 0,000 | 0,92    |
| Edad 1-3             |       |     |           |                   |       |         |
| <b>Psicofármacos</b> | 3     | 41  | 1,22      | ,419              |       |         |
| Edad 1-3             |       |     |           |                   |       |         |
| <b>TM</b>            | 1     | 42  | 1,69      | ,468              | 0,018 | 0,62    |
| Edad 1-3             |       |     |           |                   |       |         |
| <b>TM</b>            | 3     | 41  | 1,39      | ,494              |       |         |
| Edad 1-3             |       |     |           |                   |       |         |

Los resultados obtenidos nos indican diferencias significativas con respecto a la edad en el consumo de *psicofármacos* (tabla 6). En general, los pacientes jóvenes ( $\bar{x}=1,64$ ) consumen más que los de mediana edad ( $\bar{x}=1,37$ ) ( $p=0,006$ ), y más que los mayores ( $\bar{x}=1,22$ ) ( $p=0,000$ ). El tamaño de estas diferencias es moderado en la comparación entre los jóvenes y los de mediana edad ( $d=0,55$ ), pero alto entre los jóvenes y los mayores ( $d=0,92$ ). Por otra parte también encontramos diferencias significativas en el grupo de tranquilizantes menores entre los jóvenes ( $\bar{x}=1,69$ ) y los mayores ( $\bar{x}=1,39$ ) ( $p=0,018$ ), siendo el tamaño de esta diferencia moderado ( $d=0,62$ ).

Tabla 7. *Diferencia de medias entre afrontamiento y edad.*

|   | Grupo | N  | $\bar{x}$ | desviación típica | p     | d Cohen |
|---|-------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| <b>CAEPO</b><br><b>Búsqueda de</b><br><b>Apoyo Social</b><br>Edad 1-3                 | 1     | 42 | 7,79      | 2,763             | 0,055 | 0,49    |
| <b>CAEPO</b><br><b>Búsqueda de</b><br><b>Apoyo Social</b><br>Edad 1-3                 | 3     | 41 | 6,49      | 2,481             |       |         |
| <b>CAEPO</b><br><b>Pasividad y</b><br><b>Resignación</b><br><b>Pasiva</b><br>Edad 1-3 | 1     | 42 | 6,57      | 2,931             | 0,035 | 0,53    |
| <b>CAEPO</b><br><b>Pasividad y</b><br><b>Resignación</b><br><b>Pasiva</b><br>Edad 1-3 | 3     | 41 | 8,22      | 3,221             |       |         |

En las estrategias de afrontamiento (tabla 7) podemos ver que existen diferencias significativas en las estrategias de *búsqueda de apoyo social* entre los jóvenes ( $\bar{x}=7,79$ ) y los mayores ( $\bar{x}=6,49$ ) ( $p=0,055$ ), siendo el tamaño de esta diferencia moderado ( $d=0,49$ ). Encontramos diferencias significativas en el sentido inverso entre los jóvenes ( $\bar{x}=6,57$ ) y los mayores ( $\bar{x}=8,22$ ) ( $p=0,035$ ) en *pasividad y resignación pasiva*, es decir, los mayores presentan mayor pasividad, siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,53$ ).

Tabla 8. Diferencia de medias entre Apertura a la experiencia y edad.

|                          | Grupo | N  | $\bar{x}$ | desviación<br>típica | p     | d<br>Cohen |
|--------------------------|-------|----|-----------|----------------------|-------|------------|
| Neo APERTURA<br>Fantasía | 1     | 42 | 17,14     | 4,562                | 0,043 | 0,58       |
| Edad 1-3                 |       |    |           |                      |       |            |
| Neo APERTURA<br>Fantasía | 3     | 41 | 14,61     | 3,999                |       |            |
| Edad 1-3                 |       |    |           |                      |       |            |
| Neo APERTURA<br>Edad 1-3 | 1     | 42 | 106,00    | 18,210               | 0,042 | 0,52       |
| Edad 1-3                 |       |    |           |                      |       |            |
| Neo APERTURA<br>Edad 1-3 | 3     | 41 | 96,07     | 19,608               |       |            |
| Edad 1-3                 |       |    |           |                      |       |            |

En cuanto a las diferencias encontradas en las dimensiones de personalidad en función de la edad (tabla 8), solo destacan las significativas en *apertura*, encontrando diferencias entre los jóvenes ( $\bar{x}=106,00$ ) y los mayores ( $\bar{x}=96,07$ ) ( $p=0,042$ ); aunque estas el tamaño de estas diferencias es moderado ( $d=0,52$ ). También encontramos diferencias significativas en el mismo sentido en la facetas de *fantasía* (jóvenes  $\bar{x}=17,14$  y mayores  $\bar{x}=14,61$ ;  $p=0,043$ ); siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,58$ ).

### 5.4.3. Estudios

Para realizar los análisis de comparación de medias en la variable estudios se describe en cuatro categorías:

- Grupo 1: primarios ( $n=41$ ).
- Grupo 2: enseñanza Obligatoria ( $n=49$ ).
- Grupo 3: formación profesional ( $n=56$ ).

- Grupo 4: universitarios (n=39).

Tabla 9. *Diferencia de medias entre sintomatología y nivel educativo.*

|  | Grupo | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | p     | d Cohen |
|--|-------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| <b>BSI Somatización</b><br>E.Obligatoria-FP  | 2     | 49 | 6,53      | 5,481             | 0,030 | 0,56    |
| <b>BSI Somatización</b><br>E.Obligatoria-FP  | 3     | 56 | 9,71      | 5,748             |       |         |
| <b>BSI Somatización</b><br>FP-Universitarios | 3     | 56 | 9,71      | 5,748             | 0,058 | 0,59    |
| <b>BSI Somatización</b><br>FP-Universitarios | 4     | 39 | 6,59      | 4,717             |       |         |

Atendiendo a las diferencias en función del nivel de estudios de los pacientes oncológicos (tabla 9), encontramos diferencias significativas en la variable *somatización* entre los que tienen estudios de enseñanza obligatoria ( $\bar{x}=6,53$ ) y los que tienen estudios de formación profesional ( $\bar{x}=9,71$ ) ( $p=0,030$ ), siendo la magnitud de estas diferencias moderada ( $d=0,56$ ); así como entre los que tienen estudios de formación profesional y los que tienen estudios universitarios ( $\bar{x}=6,59$ ) ( $p=0,058$ ), siendo el tamaño de estas diferencias también moderado ( $d=0,59$ ). Por lo tanto los que tienen estudios de formación profesional son los que más puntuaciones obtienen en la escala de somatización.

Tabla 10. Diferencia de medias entre Calidad de vida y nivel educativo.

|  | Grupo | N  | $\bar{x}$ | Desvia-<br>ción<br>típica | p     | d<br>Cohen |
|--|-------|----|-----------|---------------------------|-------|------------|
| <b>FACT-G</b><br><b>Bienestar físico</b><br>Primarios-E.Oblig. | 1     | 41 | 18,17     | 4,821                     | 0,046 | 0,55       |
| <b>FACT-G</b><br><b>Bienestar físico</b><br>Primarios-E.Oblig. | 2     | 49 | 20,88     | 4,906                     |       |            |

Por otra parte, en cuanto a la calidad de vida (tabla 10), solo encontramos diferencias significativas en *bienestar físico* entre los que tienen estudios primarios ( $\bar{x}=18,17$ ) y los que tienen estudios de enseñanza obligatoria ( $\bar{x}=20,88$ ) ( $p=0,046$ ); siendo la magnitud de estas diferencias moderada ( $d=0,55$ ).

Tabla 11. *Diferencia de medias entre Afrontamiento y nivel educativo.*

|  |   |                       | Grupo           | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | p     | d Cohen |
|--|---|-----------------------|-----------------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| CAEPO<br>Autocontrol<br>Emocional          | y | Control               | 1               | 41 | 10,61     | 4,347             | 0,033 | 0,55    |
|  |   |                       | Primarios-FP    |    |           |                   |       |         |
| CAEPO<br>Autocontrol<br>Emocional          | y | Control               | 3               | 56 | 12,91     | 3,978             |       |         |
|  |   |                       | Primarios-FP    |    |           |                   |       |         |
| CAEPO<br>Autocontrol<br>Emocional          | y | Control               | 1               | 41 | 10,61     | 4,347             | 0,001 | 0,87    |
|  |   |                       | Primarios-Univ. |    |           |                   |       |         |
| CAEPO<br>Autocontrol<br>Emocional          | y | Control               | 4               | 39 | 13,97     | 3,273             |       |         |
|  |   |                       | Primarios-Univ. |    |           |                   |       |         |
| CAEPO<br>Búsqueda de Apoyo Social          |   |                       | 1               | 41 | 6,24      | 2,557             | 0,025 | 0,59    |
|  |   |                       | Primarios-FP    |    |           |                   |       |         |
| CAEPO<br>Búsqueda de Apoyo Social          |   |                       | 3               | 56 | 7,70      | 2,373             |       |         |
|  |   |                       | Primarios-FP    |    |           |                   |       |         |
| CAEPO<br>Búsqueda de Apoyo Social          |   |                       | 1               | 41 | 6,24      | 2,557             | 0,001 | 0,84    |
|  |   |                       | Primarios-Univ. |    |           |                   |       |         |
| CAEPO<br>Búsqueda de Apoyo Social          |   |                       | 4               | 39 | 8,28      | 2,282             |       |         |
|  |   |                       | Primarios-Univ. |    |           |                   |       |         |
| CAEPO<br>Pasividad y Resignación<br>Pasiva | y | Resignación<br>Pasiva | 1               | 41 | 8,12      | 2,492             | 0,000 | 1,02    |
|  |   |                       | Primarios-Univ. |    |           |                   |       |         |
| CAEPO<br>Pasividad y Resignación<br>Pasiva |   |                       | 4               | 39 | 5,44      | 2,732             |       |         |
|  |   |                       | Primarios-Univ. |    |           |                   |       |         |
| CAEPO<br>Pasividad y Resignación<br>Pasiva | y | Resignación<br>Pasiva | 2               | 49 | 7,90      | 2,748             | 0,000 | 0,89    |
|  |   |                       | E. Oblig.-Univ. |    |           |                   |       |         |
| CAEPO<br>Pasividad y Resignación<br>Pasiva | y | Resignación<br>Pasiva | 4               | 39 | 5,44      | 2,732             |       |         |
|  |   |                       | E. Oblig.-Univ. |    |           |                   |       |         |
| CAEPO<br>Pasividad y Resignación<br>Pasiva | y | Resignación<br>Pasiva | 3               | 56 | 7,77      | 3,145             | 0,001 | 0,79    |
|  |   |                       | FP-Univ.        |    |           |                   |       |         |
| CAEPO<br>Pasividad y Resignación<br>Pasiva | y | Resignación<br>Pasiva | 4               | 39 | 5,44      | 2,732             |       |         |
|  |   |                       | FP-Univ.        |    |           |                   |       |         |

Los resultados sobre la evaluación de las estrategias de afrontamiento en función de la edad (tabla 11) nos muestran que existen diferencias significativas en *autocontrol* y *control emocional* entre los que tienen estudios primarios ( $\bar{x}=10,61$ ) y los que tienen estudios de formación profesional ( $\bar{x}=12,91$ ) ( $p=0,033$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,55$ ); y entre los que tienen estudios primarios y los universitarios ( $\bar{x}=13,97$ ) ( $p=0,001$ ); siendo el tamaño de estas diferencias alto ( $d=0,87$ ).

En la estrategia de afrontamiento de *búsqueda de apoyo social* encontramos diferencias entre significativas entre los que tienen estudios primarios ( $\bar{x}=6,24$ ) y los que tienen estudios de formación profesional ( $\bar{x}=7,70$ ) ( $p=0,025$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,59$ ); y entre los que tienen estudios primarios y los universitarios ( $\bar{x}=8,28$ ) ( $p=0,001$ ), donde encontramos que la magnitud de estas diferencias es alta ( $d=0,84$ ). Los que tienen estudios primarios son los que menos emplean como estrategia de afrontamiento la búsqueda de apoyo social.

El afrontamiento de *pasividad* y *resignación pasiva* arroja diferencias significativas entre los que tienen estudios universitarios ( $\bar{x}=5,44$ ) y los de estudios primarios ( $\bar{x}=8,12$ ) ( $p=0,000$ ), siendo la magnitud de estas diferencias muy alta ( $d=1,02$ ); los universitarios y los de estudios de enseñanza obligatoria ( $\bar{x}=7,90$ ) ( $p=0,000$ ), siendo la magnitud de estas diferencias alta ( $d=0,89$ ); y los universitarios y los que tienen estudios de formación profesional ( $\bar{x}=7,77$ ) ( $p=0,001$ );

siendo la magnitud de estas diferencias moderadamente alta ( $d=0,79$ ). Por tanto, los que tienen estudios universitarios son los que muestran menor pasividad a la hora de afrontar la enfermedad.

Tabla 12. *Diferencia de medias entre Extraversión y nivel educativo.*

|  | Grupo | N  | $\bar{x}$ | desviación típica | p     | d Cohen |
|--|-------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN Asertividad</b><br>Primarios-FP    | 1     | 41 | 13,07     | 4,617             | 0,005 | 0,70    |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN Asertividad</b><br>Primarios-FP    | 3     | 56 | 16,43     | 4,957             |       |         |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN Asertividad</b><br>Primarios-Univ. | 1     | 41 | 13,07     | 4,617             | 0,013 | 0,66    |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN Asertividad</b><br>Primarios-Univ. | 4     | 39 | 16,41     | 5,369             |       |         |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN Asertividad</b><br>E. Oblig.-FP    | 2     | 49 | 12,59     | 4,281             | 0,000 | 0,82    |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN Asertividad</b><br>E. Oblig.-FP    | 3     | 56 | 16,43     | 4,957             |       |         |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN Asertividad</b><br>E. Oblig.-Univ. | 2     | 49 | 12,59     | 4,281             | 0,002 | 0,78    |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN Asertividad</b><br>E. Oblig.-Univ. | 4     | 39 | 16,41     | 5,369             |       |         |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN Asertividad</b><br>Primarios-FP    | 1     | 41 | 95,93     | 16,868            | 0,014 | 0,65    |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN Asertividad</b><br>Primarios-FP    | 3     | 56 | 107,45    | 18,243            |       |         |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN Asertividad</b><br>E. Oblig.-FP    | 2     | 49 | 97,63     | 17,578            | 0,039 | 0,54    |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN Asertividad</b><br>E. Oblig.-FP    | 3     | 56 | 107,45    | 18,243            |       |         |

En la dimensión de personalidad de *extraversión* (tabla 12) encontramos diferencias significativas entre los que tienen estudios de formación profesional ( $\bar{x}=107,45$ ) y los que tienen estudios primarios ( $\bar{x}=95,93$ ) ( $p=0,014$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,65$ ); y entre los que tienen estudios de formación profesional y los de enseñanza obligatoria ( $\bar{x}=97,63$ ) ( $p=0,039$ ), siendo la magnitud de estas diferencias también moderada ( $d=0,54$ ). Es decir, los que tienen estudios de formación profesional obtienen puntuaciones en *extraversión* más altas que el resto.

La única faceta de la dimensión de *extraversión* que expresa diferencias significativas entre los grupos en función de los estudios es la de *asertividad*, en la que las diferencias se establecen de la siguiente manera:

- Los que tienen estudios primarios ( $\bar{x}=13,07$ ) puntúan por debajo de los que tienen estudios de formación profesional ( $\bar{x}=16,43$ ) ( $p=0,005$ ), siendo estas diferencias moderadamente altas ( $d=0,70$ ).
- Diferencias significativas entre los que tienen estudios primarios y los universitarios ( $\bar{x}=16,41$ ) ( $p=0,013$ ); siendo la magnitud de estas diferencias moderada ( $d=0,66$ ).
- Por otra parte, encontramos diferencias significativas entre los que tienen estudios de enseñanza obligatoria ( $\bar{x}=12,53$ ) y los que tienen estudios de formación profesional ( $\bar{x}$

=16,43) ( $p=0,000$ ); siendo la magnitud de estas diferencias alta ( $d=0,82$ ).

- Y, finalmente diferencias significativas entre los que tienen estudios de enseñanza obligatoria y los universitarios ( $\bar{x}=16,41$ ) ( $p=0,002$ ); siendo la magnitud de estas diferencias moderadamente alta ( $d=0,78$ ).

Por lo tanto, los pacientes oncológicos con estudios primarios presentan menor asertividad que los que tienen estudios de formación profesional y los universitarios. Y por otra parte, los que tienen estudios de enseñanza obligatoria también muestran menos asertividad que los de formación profesional y los universitarios.

Tabla 13. Diferencia de medias entre Apertura a la experiencia y nivel de estudios.

|                              | Grupo | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | p     | d Cohen |
|------------------------------|-------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| <b>Neo APERTURA Fantasía</b> | 1     | 41 | 14,98     | 3,831             | 0,055 | 0,69    |
| Primarios-Univ.              |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA Fantasía</b> | 4     | 39 | 17,69     | 4,008             |       |         |
| Primarios-Univ.              |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA Fantasía</b> | 2     | 49 | 14,55     | 4,826             | 0,011 | 0,70    |
| E. Oblig.-Univ.              |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA Fantasía</b> | 4     | 39 | 17,69     | 4,008             |       |         |
| E. Oblig.-Univ.              |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA Ideas</b>    | 1     | 41 | 12,15     | 5,416             | 0,005 | 0,61    |
| Primarios-FP                 |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA Ideas</b>    | 3     | 56 | 15,61     | 5,783             |       |         |
| Primarios-FP                 |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA Ideas</b>    | 1     | 41 | 12,15     | 5,416             | 0,000 | 1,19    |
| Primarios-Univ.              |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA Ideas</b>    | 4     | 39 | 18,05     | 4,371             |       |         |
| Primarios-Univ.              |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA Ideas</b>    | 2     | 49 | 13,55     | 3,748             | 0,000 | 0,74    |
| E. Oblig.-Univ.              |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA Ideas</b>    | 4     | 39 | 18,05     | 4,371             |       |         |
| E. Oblig.-Univ.              |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA</b>          | 1     | 41 | 93,78     | 16,136            | 0,008 | 0,62    |
| Primarios-FP                 |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA</b>          | 3     | 56 | 105,43    | 20,633            |       |         |
| Primarios-FP                 |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA</b>          | 1     | 41 | 93,78     | 16,136            | 0,000 | 1,03    |
| Primarios-Univ.              |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA</b>          | 4     | 39 | 110,49    | 16,290            |       |         |
| Primarios-Univ.              |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA</b>          | 2     | 49 | 97,16     | 15,310            | 0,003 | 0,84    |
| E. Oblig.-Univ.              |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo APERTURA</b>          | 4     | 39 | 110,49    | 16,290            |       |         |
| E. Oblig.-Univ.              |       |    |           |                   |       |         |

Los resultados del estudio de la dimensión de personalidad de *apertura a la experiencia* (tabla 13) muestra diferencias significativa entre las personas que tienen estudios primarios ( $\bar{x}=93,78$ ) y los que tienen estudios de formación profesional ( $\bar{x}=105,43$ ) ( $p=0,008$ ), siendo el tamaño de esta diferencia moderado ( $d=0,62$ ); y los que tienen estudios primarios y los universitarios ( $\bar{x}=110,49$ ) ( $p=0,000$ ), siendo el tamaño de estas diferencias alto ( $d=1,03$ ). También encontramos diferencias significativas en *apertura a la experiencia* entre los que tienen estudios de enseñanza obligatoria ( $\bar{x}=97,16$ ) y los universitarios ( $p=0,003$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderadamente alto ( $d=0,84$ ). Por lo tanto, los que tienen estudios primarios muestran una menor apertura y los que tienen estudios universitarios una mayor apertura a la experiencia.

En cuanto al estudio de las facetas de la dimensión de *apertura a la experiencia*, encontramos diferencias significativas en:

- *Fantasía*: entre el grupo que tiene estudios primarios ( $\bar{x}=14,98$ ) y los que tienen estudios universitarios ( $\bar{x}=17,69$ ) ( $p=0,55$ ), siendo la magnitud de estas diferencias moderada ( $d=0,69$ ); y entre los universitarios y los que tienen estudios de enseñanza obligatoria ( $\bar{x}=14,55$ ) ( $p=0,011$ ), siendo la magnitud de estas diferencias moderadamente alta ( $d=0,70$ ).
- En la faceta de *Ideas* las diferencias significativas las encontramos entre los que tienen estudios primarios ( $\bar{x}$

=12,51) y los de formación profesional ( $\bar{x}=16,61$ ) ( $p=0,005$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,61$ ); y entre los que tienen estudios primarios y los universitarios ( $\bar{x}=18,05$ ) ( $p=0,000$ ), siendo la magnitud de estas diferencias muy alta ( $d=1,19$ ). También encontramos diferencias significativas entre los universitarios y los que tienen estudios de enseñanza obligatoria ( $\bar{x}=13,55$ ) ( $p=0,000$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderadamente alto ( $d=0,74$ ).

Por lo tanto, los pacientes oncológicos universitarios son los que presentan mayores puntuaciones en las facetas de fantasía y en ideas, mientras que los pacientes oncológicos que tienen estudios primarios son los que menos puntuaciones obtienen en la faceta de valores.

Tabla 14. *Diferencia de medias entre Amabilidad y nivel de estudios.*

|                         | Grupo | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | p     | d Cohen |
|-------------------------|-------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| Neo AMABILIDAD Modestia | 2     | 49 | 22,88     | 3,632             | 0,034 | 0,54    |
| E. Oblig.-FP            |       |    |           |                   |       |         |
| Neo AMABILIDAD Modestia | 3     | 56 | 20,80     | 3,975             |       |         |
| E. Oblig.-FP            |       |    |           |                   |       |         |

En la dimensión de personalidad de *amabilidad* (tabla 14) encontramos diferencias significativas en la faceta de modestia que

nos indica dichas diferencias entre los que tienen estudios de enseñanza obligatoria ( $\bar{x}=22,88$ ) y los de formación profesional ( $\bar{x}=20,80$ ) ( $p=0,34$ ), siendo la magnitud de estas diferencias moderada ( $d=0,54$ ).

Tabla 15. *Diferencia de medias entre Responsabilidad y nivel de estudios.*

|   | Grupo | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | p     | d Cohen |
|---|-------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| <b>Neo RESPONSABILIDAD Necesidad de logro</b><br>Primarios-FP | 1     | 41 | 18,29     | 4,501             | 0,019 | 0,58    |
| <b>Neo RESPONSABILIDAD Necesidad de logro</b><br>Primarios-FP | 3     | 56 | 20,91     | 4,526             |       |         |

En la dimensión de personalidad de responsabilidad (tabla 15) solo encontramos diferencias significativas en la faceta de *necesidad de logro*, diferencias éstas entre los que tienen estudios primarios ( $\bar{x}=18,28$ ) y los de formación profesional ( $\bar{x}=20,91$ ) ( $p=0,019$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,58$ ). En este sentido, los pacientes con estudios primarios tienen una menor necesidad de logro que los que tienen estudios de formación profesional.

#### 5.4.4. Rol del paciente

En las siguientes líneas vienen definidas las diferencias en todas las variables psicológicas estudiadas entre aquellos pacientes de la Unidad de Psicología que son pacientes oncológicos (n=165) y aquellos pacientes de la Unidad de Psicología que son familiares de los pacientes (n=17).

Tabla 16. Diferencia de medias entre Calidad de vida y rol del paciente.

|  | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|--|-----|-----------|--------|-------|
| <b>FACT-G Bienestar físico</b><br>Paciente | 165 | 19,15     | -2,629 | 0,009 |
| <b>FACT-G Bienestar físico</b><br>Pareja   | 17  | 22,53     |        |       |

Los análisis de *Calidad de Vida* nos informan (tabla 16), por una parte de las diferencias entre el paciente y la pareja con respecto al *bienestar físico*. Como es lógico pensar los pacientes presentan un menor bienestar físico ( $\bar{x}=19,15$ ) que sus parejas ( $\bar{x}=22,53$ ) que no reciben tratamiento oncológico siendo estas diferencias significativas ( $p=0,009$ ).

Tabla 17. *Diferencia de medias entre Afrontamiento y rol del paciente.*

|  | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|--|-----|-----------|--------|-------|
| <b>CAEPO</b><br><b>Autocontrol y Control</b><br><b>Emocional</b><br>Paciente | 165 | 12,64     | -1,916 | 0,055 |
| <b>CAEPO</b><br><b>Autocontrol y Control</b><br><b>Emocional</b><br>Pareja   | 17  | 10,29     |        |       |

Los análisis de las estrategias de afrontamiento muestran pocas diferencias en función de si el paciente de la Unidad de Psicología es el propio paciente oncológico o es una pareja (tabla 17). En este sentido, solo encontramos diferencias significativas en la estrategia de afrontamiento de *autocontrol y control emocional*, donde los pacientes muestran mayores puntuaciones ( $\bar{x}=12,64$ ) que las parejas ( $\bar{x}=10,29$ ) ( $p=0,055$ ).

Tabla 18. *Diferencia de medias entre Responsabilidad y rol del paciente.*

|   | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|---|-----|-----------|--------|-------|
| <b>Neo RESPONSABILIDAD</b><br><b>Competencia</b><br>Paciente  | 165 | 20,47     | -2,191 | 0,028 |
| <b>Neo RESPONSABILIDAD</b><br><b>Competencia</b><br>Pareja    | 17  | 18,29     |        |       |
| <b>Neo RESPONSABILIDAD</b><br><b>Deliberación</b><br>Paciente | 165 | 18,82     | -2,064 | 0,039 |
| <b>Neo RESPONSABILIDAD</b><br><b>Deliberación</b><br>Pareja   | 17  | 16,29     |        |       |

Las relaciones entre las dimensiones de personalidad y sus facetas con respecto al tipo de paciente atendido en la Unidad de Psicología son escasas (tabla 18). De hecho, las únicas diferencias significativas que encontramos en este sentido son en dos facetas de la dimensión de personalidad de *responsabilidad*:

- *Competencia* (paciente  $\bar{x}=20,47$  y pareja  $\bar{x}=18,29$ ) ( $p=0,028$ ).
- *Deliberación* (paciente  $\bar{x}=18,82$  y pareja  $\bar{x}=16,29$ ) ( $p=0,039$ ).

En ambas facetas de competencia y deliberación, el paciente oncológico se muestra más responsable que la pareja.

#### **5.4.5. Psicofármacos**

En este apartado se ha estudiado, por una parte si existen relaciones entre el grupo de pacientes que consumen psicofármacos y los que no consumen, y por otra parte, si existen estas relaciones teniendo en cuenta el tipo de psicofármacos. No se han estudiado las relaciones con los fármacos antipsicóticos y antiepilépticos porque el número de pacientes que los consumen es muy reducido (2 y 7, respectivamente).

Tabla 19. *Diferencia de medias entre sintomatología y consumo de psicofármacos.*

|                             | N   | $\bar{x}$ | desviación<br>típica | t     | p     | d<br>Cohen |
|-----------------------------|-----|-----------|----------------------|-------|-------|------------|
| <b>BSI<br/>Ansiedad</b>     | 111 | 10,89     | 6,309                | 3,145 | 0,002 | 0,47       |
| Si                          | 74  | 8,04      | 5,614                |       |       |            |
| No                          | 111 | 10,05     | 5,879                | 2,665 | 0,008 | 0,39       |
| <b>BSI<br/>Depresión</b>    |     |           |                      |       |       |            |
| Si                          | 74  | 7,70      | 5,882                |       |       |            |
| No                          | 111 | 9,05      | 5,698                | 2,567 | 0,011 | 0,38       |
| <b>BSI<br/>Somatización</b> |     |           |                      |       |       |            |
| Si                          | 74  | 6,81      | 5,949                |       |       |            |
| No                          |     |           |                      |       |       |            |

Como se puede ver en la tabla, cuando realizamos comparaciones entre los pacientes oncológicos que consumen psicofármacos y los que no lo hacen, encontramos diferencias en (tabla 19):

- *Ansiedad* entre los que sí toman ( $\bar{x}=10,89$ ) y los que no toman psicofármacos ( $\bar{x}=8,04$ ) ( $p=0,002$ ), mostrando más ansiedad los que consumen psicofármacos. Observamos que la magnitud de estas diferencias es moderada ( $d=0,47$ ).
- También se obtuvieron diferencias significativas en *depresión* entre los que sí tomaban ( $\bar{x}=10,05$ ) y los que no

( $\bar{x}=7,70$ ) ( $p=0,008$ ), siendo el tamaño de las diferencias moderado ( $d=0,39$ ).

- Así mismo en la escala de *somatización* se encontraron diferencias significativas en el consumo de psicofármacos entre los que sí los consumían ( $\bar{x}=9,05$ ) y los que no ( $\bar{x}=6,81$ ) ( $p=0,011$ ), siendo la magnitud de estas diferencias también moderada ( $d=0,38$ ).

Por lo tanto, es evidente a la luz de los datos que aquellos pacientes que consumen psicofármacos tienen mayores puntuaciones en las escalas de sintomatología de ansiedad, depresión y somatización.

Tabla 20. *Diferencias de medias entre Calidad de Vida y consumo de psicofármacos.*

|                                | N   | $\bar{x}$ | desviación típica | t      | p     | d Cohen |
|--------------------------------|-----|-----------|-------------------|--------|-------|---------|
| <b>FACT-G Bienestar Físico</b> | 111 | 18,50     | 4,346             | -3,500 | 0,001 | 0,51    |
| Si                             |     |           |                   |        |       |         |
| <b>FACT-G Bienestar Físico</b> | 74  | 20,95     | 5,109             |        |       |         |
| No                             |     |           |                   |        |       |         |

En cuanto a la calidad de vida (tabla 20) de estos pacientes encontramos diferencias significativas en *bienestar físico* entre los que sí consumen psicofármacos ( $\bar{x}=18,50$ ) y los que no ( $\bar{x}=20,95$ )

( $p=0,001$ ), siendo la magnitud de estas diferencias moderada ( $d=0,51$ ).

Por lo tanto, parece que los que no consumen psicofármacos tienen una mejor calidad de vida a nivel de bienestar físico.

Tabla 21. *Diferencia de medias entre Afrontamiento y consumo de psicofármacos.*

|  | N   | $\bar{x}$ | desviación típica | t      | p     | d Cohen |
|--|-----|-----------|-------------------|--------|-------|---------|
| CAEPO Autocontrol y Control Emocional Si | 111 | 11,90     | 4,092             | -1,898 | 0,059 | 0,28    |
| CAEPO Autocontrol y Control Emocional No | 74  | 13,07     | 4,099             |        |       |         |
| CAEPO Ansiedad Preocupación Ansiosa Si   | 111 | 8,19      | 3,801             | 2,407  | 0,017 | 0,36    |
| CAEPO Ansiedad Preocupación Ansiosa No   | 74  | 6,78      | 4,021             |        |       |         |
| CAEPO Pasividad Resignación Pasiva Si    | 111 | 7,98      | 3,092             | 3,412  | 0,001 | 0,52    |
| CAEPO Pasividad Resignación Pasiva No    | 74  | 6,50      | 2,566             |        |       |         |

Los resultados obtenidos en el estudio de las estrategias de afrontamiento (tabla 21) destacan las diferencias significativas encontradas en tres escalas. En cuanto al *autocontrol y control emocional* existen diferencias significativas entre los que sí consumen psicofármacos ( $\bar{x}=11,90$ ) y los que no consumen ( $\bar{x}=13,07$ ) ( $p=0,059$ ), aunque la magnitud de las diferencias es pequeña ( $d=0,28$ ).

En la escala de *ansiedad y preocupación ansiosa* también encontramos diferencias significativas entre los que sí consumen psicofármacos ( $\bar{x}=8,19$ ) y los que no ( $\bar{x}=6,78$ ) ( $p=0,017$ ), siendo también en este caso la magnitud de las diferencias pequeña ( $d=0,36$ ).

Finalmente, encontramos diferencias significativas en la escala de *pasividad y resignación pasiva* entre los que sí consumen psicofármacos ( $\bar{x}=7,98$ ) y los que no consumen psicofármacos ( $\bar{x}=6,50$ ) ( $p=0,001$ ), siendo la magnitud de las diferencias moderada ( $d=0,52$ ).

Todo ello indica que los pacientes que consumen psicofármacos en algún momento del proceso oncológico presentan estrategias de afrontamiento menos adaptativas.

Tabla 22. *Diferencia de medias entre Neuroticismo y consumo de psicofármacos.*

|                                    | N   | $\bar{x}$ | desviación típica | t     | p     | d Cohen |
|------------------------------------|-----|-----------|-------------------|-------|-------|---------|
| <b>Neo NEUROTICISMO Hostilidad</b> | 111 | 14,01     | 4,432             | 3,207 | 0,002 | 0,48    |
| Si                                 |     |           |                   |       |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Hostilidad</b> | 74  | 11,86     | 4,488             |       |       |         |
| No                                 |     |           |                   |       |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>            | 111 | 96,49     | 20,806            | 2,188 | 0,030 | 0,32    |
| Si                                 |     |           |                   |       |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>            | 74  | 89,74     | 20,122            |       |       |         |
| No                                 |     |           |                   |       |       |         |

En el estudio de la personalidad de los pacientes en función de si consumen psicofármacos o no, en general, encontramos pocas diferencias significativas (tabla 22). Por una parte, en la dimensión de personalidad de *neuroticismo* entramos diferencias significativas entre los que sí consumen ( $\bar{x}=96,49$ ) y los que no consumen ( $\bar{x}=89,74$ ) ( $p=0,030$ ), siendo el tamaño de estas diferencias pequeño ( $d=0,32$ ). En el mismo sentido, la faceta de *hostilidad* del neuroticismo arroja diferencias significativas entre los que sí consumen psicofármacos ( $\bar{x}=14,01$ ) y los que no consumen ( $\bar{x}=11,86$ ) ( $p=,002$ ), siendo en este caso el tamaño de dichas diferencias moderado ( $d=0,48$ ). Por lo tanto, parece que los pacientes oncológicos que sí consumen psicofármacos a lo largo del proceso de enfermedad, presentan mayores puntuaciones en neuroticismo.

#### **5.4.6. Eje I: diagnóstico de trastorno mental**

Para realizar los análisis de comparaciones entre grupos en función del diagnóstico de trastorno mental en el Eje I, transformamos esta variable en otra que tiene en cuenta tres categorías. El motivo es, por una parte que comparar los pacientes con trastorno adaptativo de aquellos que no tienen ningún diagnóstico en este eje u otro diagnóstico, y por otra parte obtener grupos que tengan un tamaño que permita estos análisis. De esta manera hemos trabajado con los siguientes grupos:

- Grupo 1, diagnóstico de trastorno adaptativo (n=99).
- Grupo 2, no diagnóstico de trastorno mental (n=44).
- Grupo 3, diagnóstico de otros trastornos mentales (n=42).

Tabla 23. *Diferencia de medias entre sintomatología y diagnóstico trastorno mental.*

|   | Grupo | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | p     | d Cohen |
|---|-------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| <b>BSI</b><br><b>Ansiedad</b><br>Tras. adapt.-No trast.     | 1     | 99 | 10,66     | 6,204             | 0,000 | 0,79    |
| <b>BSI</b><br><b>Ansiedad</b><br>Tras adapt.-No trast.      | 2     | 44 | 6,16      | 5,112             |       |         |
| <b>BSI</b><br><b>Ansiedad</b><br>No trast.-Otros trast.     | 2     | 44 | 6,16      | 5,112             | 0,000 | 0,95    |
| <b>BSI</b><br><b>Ansiedad</b><br>No trast.-Otros trast.     | 3     | 42 | 11,38     | 5,810             |       |         |
| <b>BSI</b><br><b>Depresión</b><br>Tras. Adapt-No trast.     | 1     | 99 | 9,86      | 5,514             | 0,000 | 0,97    |
| <b>BSI</b><br><b>Depresión</b><br>Tras. Adapt-No trast.     | 2     | 44 | 4,86      | 4,693             |       |         |
| <b>BSI</b><br><b>Depresión</b><br>No trast.-Otros trast.    | 2     | 44 | 4,86      | 4,693             | 0,000 | 1,28    |
| <b>BSI</b><br><b>Depresión</b><br>No trast.-Otros trast.    | 3     | 42 | 11,81     | 6,029             |       |         |
| <b>BSI</b><br><b>Somatización</b><br>Tras. adapt.-No trast. | 1     | 99 | 8,91      | 6,007             | 0,000 | 0,77    |
| <b>BSI</b><br><b>Somatización</b><br>Tras. adapt.-No trast. | 2     | 44 | 4,75      | 4,616             |       |         |
| <b>BSI</b><br><b>Somatización</b><br>No trast.-Otros trast. | 2     | 44 | 4,75      | 4,616             | 0,000 | 1,02    |
| <b>BSI</b><br><b>Somatización</b><br>No trast.-Otros trast. | 3     | 42 | 9,93      | 5,466             |       |         |

En el análisis de las relaciones entre sintomatología psicológica evaluada con el BSI-18 y el diagnóstico de trastorno mental según el Eje I del DSM, encontramos relaciones significativas múltiples (tabla 23).

Por un lado, en cuanto a la *ansiedad* los resultados indican que existen diferencias significativas entre el grupo que tiene un trastorno adaptativo ( $\bar{x}=10,66$ ) y el que no tiene trastorno mental ( $\bar{x}=6,16$ ) ( $p=0,000$ ), presentando este último grupo menor ansiedad. En este caso el tamaño de estas diferencias es moderado ( $d=0,78$ ). También las diferencias son significativas entre los que no tienen diagnóstico de trastorno mental ( $\bar{x}=6,16$ ) y los que tienen otro diagnóstico diferente del adaptativo ( $\bar{x}=11,38$ ) ( $p=0,000$ ); siendo la magnitud de estas diferencias grande ( $d=0,95$ ).

En la escala de *depresión* también encontramos diferencias significativas. Por un parte entre los que tienen un trastorno adaptativo ( $\bar{x}=9,86$ ) y los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=4,86$ ) ( $p=0,000$ ), siendo el tamaño de estas diferencias alto ( $d=0,97$ ); y por otra parte, entre los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=4,86$ ) y los que tienen otro trastorno mental distinto del adaptativo ( $\bar{x}=11,81$ ) ( $p=0,000$ ), siendo la magnitud de estas diferencias muy grande ( $d=1,28$ ).

Finalmente, la escala de *somatización* nos indica las mismas diferencias estadísticamente significativas. Los pacientes que tienen un trastorno adaptativo ( $\bar{x}=8,91$ ) presentan mayor sintomatología en

esta escala que los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=4,75$ ) ( $p=0,000$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,77$ ). Y, los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=4,75$ ) presentan significativamente menos somatizaciones (según la medición de la escala de somatización del BSI-18) que los que tienen otros trastornos mentales ( $\bar{x}=9,93$ ) ( $p=0,000$ ), siendo el tamaño de estas diferencias grande ( $d=1,02$ ).

Tabla 24. *Diferencia de medias entre Calidad de Vida y diagnóstico trastorno mental.*

|   | Grupo | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | p     | d Cohen |
|---|-------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| <b>FACT-G Bienestar físico</b>            | 1     | 99 | 18,89     | 4,508             | 0,027 | 0,46    |
| Tras. adapt.-No trast.                    |       |    |           |                   |       |         |
| <b>FACT-G Bienestar físico</b>            | 2     | 44 | 21,16     | 5,313             |       |         |
| Tras adapt.-No trast.                     |       |    |           |                   |       |         |
| <b>FACT-G Bienestar social y familiar</b> | 1     | 99 | 19,31     | 5,267             | 0,035 | 0,43    |
| Trast. Adapt.-Otros trast.                |       |    |           |                   |       |         |
| <b>FACT-G Bienestar social y familiar</b> | 3     | 42 | 16,76     | 6,431             |       |         |
| Trast. Adapt.-Otros trast.                |       |    |           |                   |       |         |
| <b>FACT-G Bienestar social y familiar</b> | 2     | 44 | 20,80     | 4,663             | 0,002 | 0,72    |
| No trast.-Otros trast.                    |       |    |           |                   |       |         |
| <b>FACT-G Bienestar social y familiar</b> | 3     | 42 | 16,76     | 6,431             |       |         |
| No trast.-Otros trast.                    |       |    |           |                   |       |         |
| <b>FACT-G Funcionamiento personal</b>     | 1     | 99 | 12,44     | 5,127             | 0,000 | 0,77    |
| Tras. adapt.-No trast.                    |       |    |           |                   |       |         |
| <b>FACT-G Funcionamiento personal</b>     | 2     | 44 | 16,52     | 5,424             |       |         |
| Tras. adapt.-No trast.                    |       |    |           |                   |       |         |
| <b>FACT-G Funcionamiento personal</b>     | 2     | 44 | 16,52     | 5,424             | 0,002 | 0,75    |
| No trast.-Otros trast.                    |       |    |           |                   |       |         |
| <b>FACT-G Funcionamiento personal</b>     | 3     | 42 | 12,57     | 5,071             |       |         |
| No trast.-Otros trast.                    |       |    |           |                   |       |         |

El análisis de la calidad de vida (tabla 24) muestra que en la escala de *bienestar físico* existen diferencias significativas entre los que tienen un trastorno adaptativo ( $\bar{x}=18,89$ ) y los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=21,16$ ) ( $p=0,027$ ), es decir los que tienen un trastorno adaptativo tienen menor bienestar físico. El tamaño de estas diferencias es moderadamente bajo ( $d=0,46$ ).

En el estudio de la escala de *bienestar social y familiar* encontramos diferencias significativas entre los dos grupos de que tienen diagnóstico de trastorno mental, en este sentido los que tienen un diagnóstico de trastorno adaptativo ( $\bar{x}=19,31$ ) presentan un mayor bienestar social y familiar que los que tienen otro diagnóstico de trastorno mental en el Eje I ( $\bar{x}=16,76$ ) ( $p=0,035$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderadamente bajo ( $d=0,43$ ). Por otra parte, y como es lógico pensar los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=20,80$ ) tienen un mayor bienestar social y familiar que los que tienen otros trastornos mentales diferentes de los adaptativos ( $\bar{x}=16,76$ ) ( $p=0,002$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,72$ ).

La última escala de la calidad de vida es la del *funcionamiento personal*, en este caso las diferencias significativas se dan entre los que tienen un diagnóstico de trastorno adaptativo ( $\bar{x}=12,44$ ) y los que no tienen ningún diagnóstico de trastorno mental ( $\bar{x}=16,52$ ) ( $p=0,000$ ), presentando mayor funcionamiento personal estos últimos y siendo el tamaño d estas diferencias moderado ( $d=0,77$ ). Por otra parte, encontramos diferencias significativas entre los que no tienen

ningún trastorno mental ( $\bar{x}=16,52$ ) y los que tienen un trastorno mental diferente del adaptativo ( $\bar{x}=12,57$ ) ( $p=0,002$ ), presentando un mejor funcionamiento personal los primeros y siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,75$ ).

Tabla 25. Diferencia de medias entre Afrontamiento y diagnóstico trastorno mental.

|  | Grupo | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | p     | d Cohen |
|--|-------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| <b>CAEPO<br/>Enfrentamiento y Lucha Activa</b>   | 1     | 99 | 18,68     | 4,657             | 0,012 | 0,55    |
| Tras. adapt.-No trast.                           |       |    |           |                   |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Enfrentamiento y Lucha Activa</b>   | 2     | 44 | 21,20     | 4,460             |       |         |
| Tras. adapt.-No trast.                           |       |    |           |                   |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Enfrentamiento y Lucha Activa</b>   | 2     | 44 | 21,20     | 4,460             | 0,004 | 0,68    |
| No trast.-Otros trast.                           |       |    |           |                   |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Enfrentamiento y Lucha Activa</b>   | 3     | 42 | 17,83     | 5,319             |       |         |
| No trast.-Otros trast.                           |       |    |           |                   |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Autocontrol y Control Emocional</b> | 1     | 99 | 11,92     | 3,898             | 0,005 | 0,60    |
| Tras. adapt.-No trast.                           |       |    |           |                   |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Autocontrol y Control Emocional</b> | 2     | 44 | 14,23     | 3,716             |       |         |
| Tras. adapt.-No trast.                           |       |    |           |                   |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Autocontrol y Control Emocional</b> | 2     | 44 | 14,23     | 3,716             | 0,005 | 0,66    |
| No trast.-Otros trast.                           |       |    |           |                   |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Autocontrol y Control Emocional</b> | 3     | 42 | 11,48     | 4,528             |       |         |
| No trast.-Otros trast.                           |       |    |           |                   |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Ansiedad y Preocupación Ansiosa</b> | 1     | 99 | 8,45      | 3,512             | 0,000 | 1,17    |
| Tras. adapt.-No trast.                           |       |    |           |                   |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Ansiedad y Preocupación Ansiosa</b> | 2     | 44 | 4,66      | 2,893             |       |         |
| Tras. adapt.-No trast.                           |       |    |           |                   |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Ansiedad y Preocupación Ansiosa</b> | 2     | 44 | 4,66      | 2,893             | 0,000 | 1,11    |
| No trast.-Otros trast.                           |       |    |           |                   |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Ansiedad y Preocupación Ansiosa</b> | 3     | 42 | 8,79      | 4,353             |       |         |
| No trast.-Otros trast.                           |       |    |           |                   |       |         |

En el estudio de las estrategias de afrontamiento encontramos diferencias significativas entre los grupos que tienen un diagnóstico de trastorno mental (adaptativo u otros) y los que no tienen trastorno mental alguno en tres de las siete estrategias (tabla 25).

En la estrategia de *enfrentamiento y lucha activa* los análisis estadísticos muestran diferencias entre los pacientes que tienen un trastorno adaptativo ( $\bar{x}=18,68$ ) y los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=21,20$ ) ( $p=0,012$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,55$ ). Estos últimos emplean más esta estrategia de afrontamiento. También los que no tienen ningún trastorno mental puntúan significativamente más alto en el uso de esta estrategia de afrontamiento que los que tienen otro trastorno mental diferente del adaptativo ( $\bar{x}=17,83$ ) ( $p=0,004$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,68$ ).

La estrategia de afrontamiento de *autocontrol y control emocional*, al igual que en la anterior, las diferencias significativas las obtenemos entre el grupo de pacientes que tienen un trastorno adaptativo ( $\bar{x}=11,92$ ) y los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=14,23$ ) ( $p=0,005$ ), mostrando más autocontrol estos últimos y siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,60$ ). Y por otra parte encontramos diferencias entre estos y los que tienen un trastorno mental diferente del adaptativo ( $\bar{x}=11,48$ ) ( $p=0,005$ ), siendo nuevamente el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,66$ ).

La última estrategia de afrontamiento en la que hay diferencias significativa es en la *ansiedad y preocupación ansiosa*. Las diferencias

se dan entre los pacientes que tienen un trastorno adaptativo ( $\bar{x}=8,45$ ), que hacen mayor uso de esta estrategia desadaptativa, y los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=4,66$ ) ( $p=0,000$ ), siendo el tamaño de estas diferencias muy alto ( $d=1,17$ ); y también diferencias entre éstos últimos y los que tienen un trastorno mental diferente del adaptativo ( $\bar{x}=8,79$ ) ( $p=0,000$ ), que puntúan más alto en el uso de esta estrategia de afrontamiento. El tamaño de estas diferencias es muy alto ( $d=1,11$ ).

Observemos que en el estudio de las estrategias de afrontamiento en nuestra muestra de pacientes oncológicos, no existen diferencias, en función de si el paciente tiene un diagnóstico de trastorno mental o no, en el empleo de las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, pasividad y resignación pasiva, huida y distanciamiento y negación (estas últimas estrategias desadaptativas).

Tabla 26. *Diferencias de medias entre Neuroticismo y diagnóstico trastorno mental.*

|                                | Grupo | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | p     | d Cohen |
|--------------------------------|-------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 1     | 99 | 20,26     | 4,657             | 0,003 | 0,62    |
| <b>Ansiedad</b>                |       |    |           |                   |       |         |
| Tras. adapt.-No trast.         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 2     | 44 | 17,50     | 4,218             |       |         |
| <b>Ansiedad</b>                |       |    |           |                   |       |         |
| Tras. adapt.-No trast.         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 2     | 44 | 17,50     | 4,218             | 0,000 | 0,92    |
| <b>Ansiedad</b>                |       |    |           |                   |       |         |
| No trast.-Otros trast.         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 3     | 42 | 21,62     | 4,711             |       |         |
| <b>Ansiedad</b>                |       |    |           |                   |       |         |
| No trast.-Otros trast.         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 1     | 99 | 13,69     | 4,608             | 0,020 | 0,50    |
| <b>Hostilidad</b>              |       |    |           |                   |       |         |
| Trast. Adapt.-No trast.        |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 2     | 44 | 11,45     | 4,327             |       |         |
| <b>Hostilidad</b>              |       |    |           |                   |       |         |
| Trast. Adapt.-No trast.        |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 1     | 99 | 16,84     | 5,748             | 0,000 | 0,82    |
| <b>Depresión</b>               |       |    |           |                   |       |         |
| Tras. adapt.-No trast.         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 2     | 44 | 12,09     | 5,766             |       |         |
| <b>Depresión</b>               |       |    |           |                   |       |         |
| Tras. adapt.-No trast.         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 2     | 44 | 12,09     | 5,766             | 0,000 | 0,97    |
| <b>Depresión</b>               |       |    |           |                   |       |         |
| No trast.-Otros trast.         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 3     | 42 | 17,79     | 5,957             |       |         |
| <b>Depresión</b>               |       |    |           |                   |       |         |
| No trast.-Otros trast.         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 1     | 99 | 13,90     | 4,469             | 0,001 | 0,64    |
| <b>Vulnerabilidad</b>          |       |    |           |                   |       |         |
| Tras. adapt.-No trast.         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 2     | 44 | 10,68     | 5,514             |       |         |
| <b>Vulnerabilidad</b>          |       |    |           |                   |       |         |
| Tras. adapt.-No trast.         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 2     | 44 | 10,68     | 5,514             | 0,001 | 0,78    |
| <b>Vulnerabilidad</b>          |       |    |           |                   |       |         |
| No trast.-Otros trast.         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 3     | 42 | 14,62     | 4,483             |       |         |
| <b>Vulnerabilidad</b>          |       |    |           |                   |       |         |
| No trast.-Otros trast.         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 1     | 99 | 96,40     | 19,050            | 0,000 | 0,80    |
| <b>Trast. adapt.-No trast.</b> |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 2     | 44 | 80,34     | 20,955            |       |         |
| <b>Trast. adapt.-No trast.</b> |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 2     | 44 | 80,34     | 20,955            | 0,000 | 1,09    |
| <b>Trast. adapt.-No trast.</b> |       |    |           |                   |       |         |
| No trast.-Otros trast.         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b>        | 3     | 42 | 101,71    | 18,130            |       |         |
| <b>No trast.-Otros trast.</b>  |       |    |           |                   |       |         |

En la dimensión de *neuroticismo* y sus facetas (tabla 26) encontramos múltiples diferencias significativas entre los grupos. En cuanto a la dimensión de personalidad de neuroticismo, como podemos ver, existen diferencias significativas entre los que tienen un trastorno adaptativo ( $\bar{x}=96,40$ ) y los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=80,34$ ) ( $p=0,000$ ), puntuando más alto en neuroticismo los que tienen dicho trastorno, y siendo el tamaño de estas diferencias moderadamente alto ( $d=0,80$ ). Por otra parte, también obtenemos diferencias significativas entre los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=80,34$ ) y los que tienen otro trastorno diferente del adaptativo ( $\bar{x}=101,71$ ) ( $p=0,000$ ), donde nuevamente los que sí tienen un trastorno del Eje I puntúan más alto en neuroticismo. En este caso el tamaño de las diferencias es alto ( $d=1,09$ ).

Las facetas de esta dimensión de personalidad siguen el mismo patrón en cuanto a las diferencias significativas encontradas entre los grupos. Veamos estas diferencias:

- *Ansiedad*. Los resultados del análisis de la prueba de Bonferroni nos indica diferencias significativas entre aquellos que tienen un trastorno adaptativo ( $\bar{x}=20,26$ ) y los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=17,50$ ) ( $p=0,003$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,62$ ); así mismo encontramos diferencias significativas entre éstos últimos y los que tienen un diagnóstico de trastorno mental diferente del adaptativo ( $\bar{x}=21,62$ ) ( $p=0,000$ ); siendo el tamaño de estas diferencias alto ( $d=0,92$ ).

- *Hostilidad.* En el estudio de esta faceta encontramos diferencias significativas entre los que tienen trastorno adaptativo ( $\bar{x}=13,69$ ), que se manifiestan más hostiles, y los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=11,45$ ) ( $p=0,020$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,50$ ).
- *Depresión.* En la faceta de depresión obtenemos diferencias estadísticamente significativas entre aquellos pacientes de la Unidad de Psicología que tienen un trastorno adaptativo ( $\bar{x}=16,04$ ) y los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=12,09$ ) ( $p=0,000$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderadamente alto ( $d=0,82$ ); lo cual es lógico dado que son formas diferentes de medir un mismo síntoma. También las diferencias son significativas entre los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=12,09$ ) y los que tienen un trastorno diferente del adaptativo ( $\bar{x}=17,79$ ) ( $p=0,000$ ), siendo el tamaño de estas diferencias alto ( $d=0,97$ ).
- *Vulnerabilidad.* El estudio de esta faceta nos muestra diferencias significativa entre aquellos pacientes que tienen un trastorno adaptativo ( $\bar{x}=13,90$ ), mostrándose éstos más vulnerables, y los que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=10,68$ ) ( $p=0,001$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,64$ ). También las diferencias son significativas entre los que no tienen ningún trastorno

mental ( $\bar{x}=10,68$ ) y los que tienen un trastorno mental diferente del adaptativo ( $\bar{x}=14,62$ ) ( $p=0,001$ ), sintiéndose estos más vulnerables y siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,78$ ).

Tabla 27. Diferencia de medias entre Extraversión y diagnóstico trastorno mental.

|   | Grupo | N  | $\bar{x}$ | desviación típica | p     | d Cohen |
|---|-------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN<br/>Actividad</b><br>No trast.-Otros trast. | 2     | 44 | 21,32     | 5,277             | 0,030 | 0,57    |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN<br/>Actividad</b><br>No trast.-Otros trast. | 3     | 42 | 18,07     | 5,940             |       |         |

En el estudio de diferencia de medias en la dimensión de personalidad de *extraversión* (tabla 27) sólo encontramos diferencias significativas en la faceta de *actividad*. En este caso las diferencias se dan entre aquellos pacientes que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=21,32$ ) y los que tienen un trastorno mental diferente de los adaptativos ( $\bar{x}=18,07$ ) ( $p=0,030$ ), mostrando mayores puntuaciones en actividad los que no tienen ningún trastorno mental en el Eje I. El tamaño de estas diferencias es moderado ( $d=0,57$ ).

Tabla 28. *Diferencia de medias entre Responsabilidad y diagnóstico trastorno mental.*

|   | Grupo | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | p     | d Cohen |
|---|-------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| <b>Neo RESPONSABILIDAD Deliberación</b><br>No trast.-Otros trast. | 2     | 44 | 19,70     | 4,925             | 0,028 | 0,58    |
| <b>Neo RESPONSABILIDAD Deliberación</b><br>No trast.-Otros trast. | 3     | 42 | 16,86     | 4,806             |       |         |

En la dimensión de personalidad de *responsabilidad* (tabla 28) las diferencias estadísticamente significativas solo se dan en la faceta de *deliberación*, en la que aquellos pacientes que no tienen ningún trastorno mental ( $\bar{x}=19,70$ ) muestran puntuaciones superiores a los que tienen un trastorno mental diferente del adaptativo ( $\bar{x}=16,86$ ) ( $p=0,028$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,58$ ).

En general y teniendo en cuenta los resultados de las comparaciones múltiples estimadas entre los tres grupos en función del diagnóstico de trastorno mental según el Eje I, podemos resumir que casi todas las diferencias significativas que hemos encontrado se dan entre los grupos con diagnóstico de trastorno frente al grupo que no presenta ningún diagnóstico, y dicho de otro modo que no existen diferencias entre el grupo que es diagnosticado con trastorno adaptativo y el que presenta otros diagnósticos. La excepción en la que sí hay diferencias entre estos dos grupos es la escala de bienestar social y familiar de la calidad de vida.

### 5.4.7. Eje II: diagnóstico de trastorno de personalidad

Para los análisis de diferencia de medias de la variable de trastornos de personalidad del Eje II, transformamos dicha variable en otra que resume los datos de la siguiente manera:

- Grupo 1: si presentan un trastorno de personalidad (n=23).
- Grupo 2: no presentan un trastorno de personalidad (n=159).

Tabla 29. Diferencia de medias entre sintomatología y diagnóstico de trastorno de personalidad.

|                          | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|--------------------------|-----|-----------|--------|-------|
| <b>BSI<br/>Ansiedad</b>  | 23  | 12,65     | -2,392 | 0,017 |
| Si                       |     |           |        |       |
| <b>BSI<br/>Ansiedad</b>  | 159 | 9,35      |        |       |
| No                       |     |           |        |       |
| <b>BSI<br/>Depresión</b> | 23  | 12,00     | -2,250 | 0,024 |
| Si                       |     |           |        |       |
| <b>BSI<br/>Depresión</b> | 159 | 8,73      |        |       |
| No                       |     |           |        |       |

En el estudio de la sintomatología psicológica (tabla 29) valorada con el instrumento BSI-18, los análisis de la escala de *ansiedad* nos indican diferencias significativas entre los que tienen un trastorno de personalidad ( $\bar{x}=12,65$ ) y los que no lo tienen (rango

promedio=9,35) ( $p=0,017$ ), es decir los que tienen un trastorno de personalidad puntúan significativamente más alto, lo cual es lógico dada la naturaleza de estos trastornos. De igual manera, los que tienen un trastorno de personalidad ( $\bar{x}=12,00$ ) puntúan significativamente más alto en la escala de *depresión* que los que no lo tienen ( $\bar{x}=8,73$ ) ( $p=0,024$ ).

Tabla 30. *Diferencia de medias entre Calidad de vida y diagnóstico de trastorno de personalidad.*

|   | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|---|-----|-----------|--------|-------|
| <b>FACT-G Bienestar Social y Familiar</b> | 23  | 17,22     | -2,210 | 0,027 |
| Si  |     |           |        |       |
| <b>FACT-G Bienestar Social y Familiar</b> | 159 | 19,40     |        |       |
| No  |     |           |        |       |

Los análisis de las diferencias de medias en la Calidad de vida (tabla 30) solo muestran diferencias estadísticamente significativas en la escala de *bienestar social y familiar*, mostrando dicho bienestar significativamente mayor los que no tienen un trastorno de personalidad ( $\bar{x}=19,40$ ) que los que sí tienen un trastorno de personalidad ( $\bar{x}=17,22$ ) ( $p=0,027$ ).

Tabla 31. Diferencia de medias entre Afrontamiento y diagnóstico de trastorno de la personalidad.

|  | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|--|-----|-----------|--------|-------|
| <b>CAEPO<br/>Enfrentamiento y<br/>Lucha Activa</b>   | 23  | 16,87     | -2,285 | 0,022 |
| Si   |     |           |        |       |
| <b>CAEPO<br/>Enfrentamiento y<br/>Lucha Activa</b>   | 159 | 19,41     |        |       |
| No   |     |           |        |       |
| <b>CAEPO<br/>Autocontrol y Control<br/>Emocional</b> | 23  | 10,57     | -2,145 | 0,032 |
| Si   |     |           |        |       |
| <b>CAEPO<br/>Autocontrol y Control<br/>Emocional</b> | 159 | 12,65     |        |       |
| No   |     |           |        |       |

Los resultados del análisis de las estrategias de afrontamiento (tabla 31) nos indican diferencias significativas solo en dos de tres de las estrategias más adaptativas. En cuanto a las estrategias desadaptativas no se dan tales diferencias entre los que tienen un trastorno de personalidad y los que no.

La primera de estas estrategias es la de *enfrentamiento y lucha activa*, en la que los que no tienen un trastorno de personalidad ( $\bar{x}=19,41$ ) puntúan de forma superior a los que sí lo tienen ( $\bar{x}=16,87$ ) ( $p=0,022$ ).

En la estrategia de afrontamiento de *autocontrol y control emocional*, nuevamente los que no tienen ningún trastorno de

personalidad ( $\bar{x}=12,65$ ) puntúan superior a los que sí los tienen ( $\bar{x}=10,57$ ) ( $p=0,032$ ).

Tabla 32. *Diferencia de medias entre Neuroticismo y diagnóstico de trastorno de la personalidad.*

|                         | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|-------------------------|-----|-----------|--------|-------|
| <b>Neo NEUROTICISMO</b> | 23  | 21,70     | -2,124 | 0,034 |
| <b>Ansiedad</b>         |     |           |        |       |
| Si                      | 159 | 19,70     |        |       |
| No                      |     |           |        |       |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b> | 23  | 18,70     | -2,328 | 0,020 |
| <b>Depresión</b>        |     |           |        |       |
| Si                      | 159 | 15,56     |        |       |
| No                      |     |           |        |       |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b> | 23  | 15,17     | -2,173 | 0,030 |
| <b>Vulnerabilidad</b>   |     |           |        |       |
| Si                      | 159 | 13,01     |        |       |
| No                      |     |           |        |       |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b> | 23  | 106,04    | -3,194 | 0,001 |
| <b>Si</b>               |     |           |        |       |
| <b>Neo NEUROTICISMO</b> | 159 | 92,01     |        |       |
| <b>No</b>               |     |           |        |       |

En los análisis del estudio de las diferencias de medias entre los dos grupos en la dimensión de personalidad de *neuroticismo* (tabla 32) hemos encontrado diferencias significativas en casi todas las facetas a excepción de la faceta de hostilidad. Todas las diferencias significativas encontradas apuntan en el mismo sentido, y es que los pacientes que tienen un trastorno de personalidad ( $\bar{x}$

=106,04) muestran mayores puntuaciones en neuroticismo que los que no lo tienen (rango promedio=92,01) ( $p=0,001$ ).

Veamos estas diferencias significativas en cada una de las facetas:

- *Ansiedad.* Los pacientes que tienen un trastorno de personalidad ( $\bar{x}=21,70$ ) muestran mayores puntuaciones en ansiedad que los que no lo tienen ( $\bar{x}=19,70$ ) ( $p=0,034$ ).
- *Depresión.* Los pacientes que tienen un trastorno de personalidad ( $\bar{x}=18,70$ ) muestran puntuaciones mayores en depresión que los que no lo tienen ( $\bar{x}=15,56$ ) ( $p=0,020$ ).
- *Vulnerabilidad.* Los pacientes que tienen un trastorno de personalidad ( $\bar{x}=15,17$ ) se muestran más vulnerables que los que no lo tienen ( $\bar{x}=13,01$ ) ( $p=0,030$ ).

Tabla 33. *Diferencia de medias entre Extraversión y diagnóstico de trastorno de la personalidad.*

|                         | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|-------------------------|-----|-----------|--------|-------|
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN</b> | 23  | 20,00     | -2,726 | 0,006 |
| <b>Cordialidad</b>      |     |           |        |       |
| Si                      |     |           |        |       |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN</b> | 159 | 22,13     |        |       |
| <b>Cordialidad</b>      |     |           |        |       |
| No                      |     |           |        |       |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN</b> | 23  | 14,22     | -2,219 | 0,027 |
| <b>Gregarismo</b>       |     |           |        |       |
| Si                      |     |           |        |       |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN</b> | 159 | 16,91     |        |       |
| <b>Gregarismo</b>       |     |           |        |       |
| No                      |     |           |        |       |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN</b> | 23  | 12,48     | -2,229 | 0,026 |
| <b>Asertividad</b>      |     |           |        |       |
| Si                      |     |           |        |       |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN</b> | 159 | 14,99     |        |       |
| <b>Asertividad</b>      |     |           |        |       |
| No                      |     |           |        |       |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN</b> | 23  | 16,48     | -3,094 | 0,002 |
| <b>Actividad</b>        |     |           |        |       |
| Si                      |     |           |        |       |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN</b> | 159 | 18,29     |        |       |
| <b>Actividad</b>        |     |           |        |       |
| No                      |     |           |        |       |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN</b> | 23  | 88,78     | -3,613 | 0,000 |
| <b>Si</b>               |     |           |        |       |
| <b>Neo EXTRAVERSIÓN</b> | 159 | 103,77    |        |       |
| <b>No</b>               |     |           |        |       |

En el estudio de la dimensión de la personalidad de la *extraversión* (tabla 33) encontramos múltiples diferencias entre los dos grupos de sujetos. Como era de esperar, en esta dimensión, en todos los casos, las diferencias significativas apuntan a que los pacientes que tienen un trastorno de personalidad ( $\bar{x}=88,78$ ) se muestran menos extravertidos que los que no lo tienen ( $\bar{x}=103,77$ )

( $p=0,000$ ); o dicho de otro modo, los que no tienen trastorno de personalidad son más extravertidos que los que sí lo tienen.

Veamos las diferencias estadísticamente significativas en las facetas de la extraversión:

- *Cordialidad*. Las puntuaciones nos indican que aquellos pacientes que no tienen un trastorno de personalidad ( $\bar{x}=22,13$ ) se muestran más cálidos que los que sí lo tienen ( $\bar{x}=20,00$ ) ( $p=0,006$ ).
- *Gregarismo*. Aquellos pacientes que no tienen un trastorno de personalidad ( $\bar{x}=16,91$ ) muestran puntuaciones superiores en esta faceta que los que sí tienen un trastorno de la personalidad ( $\bar{x}=14,22$ ) ( $p=0,027$ ).
- *Asertividad*. Los pacientes que no tienen un trastorno de la personalidad ( $\bar{x}=14,99$ ) se muestran más asertivos que los que sí tienen un trastorno de la personalidad ( $\bar{x}=12,48$ ) ( $p=0,026$ ).
- *Actividad*. Finalmente, aquellos pacientes que no tienen un trastorno de personalidad ( $\bar{x}=18,29$ ) muestran mayores puntuaciones en la faceta de actividad que aquellos que sí tienen un trastorno de la personalidad ( $\bar{x}=16,48$ ) ( $p=0,002$ ).

Tabla 34. *Diferencia de medias entre Amabilidad y diagnóstico de trastorno de la personalidad.*

|                             | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|-----------------------------|-----|-----------|--------|-------|
| Neo AMABILIDAD<br>Confianza | 23  | 19,22     | -2,850 | 0,004 |
| Si                          |     |           |        |       |
| Neo AMABILIDAD<br>Confianza | 159 | 21,11     |        |       |
| No                          |     |           |        |       |

La tercera y última dimensión de la personalidad en la que encontramos diferencias significativas es la de *amabilidad* (tabla 34). En este caso, las diferencias solo se dan en la faceta de *confianza*, donde los pacientes que no tienen ningún trastorno de la personalidad ( $\bar{x}=21,11$ ) se muestran más confiados que los que sí tienen dicho trastorno ( $\bar{x}=19,22$ ) ( $p=0,004$ ).

#### 5.4.8. Eje III: diagnóstico de enfermedad médica (oncológica)

Para realizar los cálculos de comparación de medias de la variable diagnóstico oncológico realizamos una transformación de la variable de origen con un doble objetivo: por una parte, analizar las diferencias entre los principales grupos de diagnósticos, y por otra parte que estos grupos tuvieran un número de casos suficiente para estos análisis. Sin embargo, algunos de los grupos, como vemos, tienen un número de casos inferior a 30. Al transformar la variable quedó de la siguiente manera:

- Grupo 1: Cáncer de mama (n=61).
- Grupo 2: Cáncer ginecológico (n=34).
- Grupo 3: Cáncer urológico (n=13).
- Grupo 4: Cáncer pulmón (n=13).
- Grupo 5: Cáncer cabeza y cuello (CC) (n=12).

Tabla 35. Diferencias de medias entre sintomatología y diagnóstico oncológico.

|                          | Grupo      | N  | $\bar{x}$ | Desvia-<br>ción<br>típica | p     | d<br>Cohen |
|--------------------------|------------|----|-----------|---------------------------|-------|------------|
| <b>BSI<br/>Ansiedad</b>  | 2          | 34 | 6,79      | 5,840                     | 0,030 | 0,92       |
|                          | Gine.-Uro. |    |           |                           |       |            |
| <b>BSI<br/>Ansiedad</b>  | 3          | 13 | 12,8<br>5 | 7,163                     |       |            |
|                          | Gine.-Uro. |    |           |                           |       |            |
| <b>BSI<br/>Depresión</b> | 1          | 61 | 9,43      | 6,128                     | 0,004 | 0,80       |
|                          | Mama-Gine. |    |           |                           |       |            |
| <b>BSI<br/>Depresión</b> | 2          | 34 | 4,94      | 4,954                     |       |            |
|                          | Mama-Gine. |    |           |                           |       |            |
| <b>BSI<br/>Depresión</b> | 2          | 34 | 4,94      | 4,954                     | 0,000 | 1,51       |
|                          | Gine.-Uro  |    |           |                           |       |            |
| <b>BSI<br/>Depresión</b> | 3          | 13 | 13,2<br>3 | 5,932                     |       |            |
|                          | Gine.-Uro  |    |           |                           |       |            |
| <b>BSI<br/>Depresión</b> | 2          | 34 | 4,94      | 4,954                     | 0,001 | 1,41       |
|                          | Gine.-CC.  |    |           |                           |       |            |
| <b>BSI<br/>Depresión</b> | 5          | 12 | 12,6<br>7 | 5,929                     |       |            |
|                          | Gine.-CC.  |    |           |                           |       |            |

El análisis estadístico de las diferencias de medias entre los grupos, en el caso de la sintomatología psicológica en base a los datos del BSI-18, nos indica diferencias entre los grupos en las escalas de ansiedad y depresión (tabla 35).

En la escala de *ansiedad* existen diferencias significativas entre los pacientes con cáncer ginecológico ( $\bar{x}=6,79$ ) y los pacientes con cáncer urológico ( $\bar{x}=12,85$ ) ( $p=0,030$ ), mostrando niveles de ansiedad más elevados estos últimos. El tamaño de estas diferencias es alto ( $d=0,92$ ).

En cuanto a la escala de *depresión* observamos las siguientes diferencias estadísticamente significativas:

- Las pacientes con cáncer de mama ( $\bar{x}=9,43$ ) muestran más sintomatología depresiva que las de cáncer ginecológico ( $\bar{x}=4,94$ ) ( $p=0,004$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderadamente alto ( $d=0,80$ ).
- Los pacientes con cáncer urológico ( $\bar{x}=13,23$ ) muestran mayor sintomatología depresiva que las pacientes con cáncer ginecológico ( $\bar{x}=4,94$ ) ( $p=0,000$ ), siendo el tamaño de estas diferencias muy alto ( $d=1,51$ ).
- Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello ( $\bar{x}=12,67$ ) muestran mayor sintomatología depresiva que las pacientes con cáncer ginecológico ( $\bar{x}=4,94$ ) ( $p=0,001$ ), siendo el tamaño de estas diferencias muy alto ( $d=1,41$ ).

Tabla 36. Diferencias de medias entre calidad de vida y diagnóstico oncológico.

|   | Grupo | N  | $\bar{x}$ | Desvia-<br>ción<br>típica | p     | d<br>Cohen |
|---|-------|----|-----------|---------------------------|-------|------------|
| <b>FACT-G<br/>Bienestar<br/>social</b>        | 1     | 61 | 18,34     | 5,930                     | 0,055 | 0,63       |
| <b>FACT-G<br/>Bienestar<br/>social</b>        | 2     | 34 | 21,50     | 3,855                     |       |            |
|   |       |    |           |                           | 0,007 | 0,99       |
| <b>FACT-G<br/>Funcionamiento<br/>personal</b> | 3     | 13 | 9,54      | 6,703                     |       |            |

En el estudio de la calidad de vida existen pocas diferencias entre los grupos (tabla 36). Las únicas significativas son, por una parte entre las pacientes con cáncer de mama ( $\bar{x}=18,34$ ) y las pacientes con cáncer ginecológico ( $\bar{x}=21,50$ ) ( $p=0,055$ ) en la escala de *bienestar familiar y social*, donde los datos nos muestran que las pacientes con cáncer ginecológico indican un mayor bienestar familiar y social. El tamaño de estas diferencias es moderado ( $d=0,63$ ).

En cuanto a la escala de *funcionamiento personal*, en este caso las diferencias significativas las obtenemos entre las pacientes con cáncer ginecológico y los pacientes con cáncer urológico, donde

nuevamente las pacientes con cáncer ginecológico ( $\bar{x}=15,62$ ) muestran niveles mayores de funcionamiento personal que los pacientes con cáncer urológico ( $\bar{x}=9,54$ ) ( $p=0,007$ ); siendo el tamaño de estas diferencias muy alto ( $d=0,99$ ).

Con respecto a las *estrategias de afrontamiento* parece interesante destacar que no existen diferencias significativas en el uso de unas estrategias de afrontamiento u otras en función de la localización tumoral en el diagnóstico oncológico de los pacientes.

Tabla 37. Diferencia de medias entre Neuroticismo y diagnóstico oncológico.

|                                    | Grupo | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | p     | d Cohen |
|------------------------------------|-------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| <b>Neo NEUROTICISMO Hostilidad</b> | 1     | 61 | 14,11     | 4,305             | 0,000 | 1,01    |
| Mama-Gine.                         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Hostilidad</b> | 2     | 34 | 10,12     | 3,506             |       |         |
| Mama-Gine.                         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Hostilidad</b> | 2     | 34 | 10,12     | 3,506             | 0,047 | 0,95    |
| Gine.-Uro.                         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Hostilidad</b> | 3     | 13 | 14,15     | 4,845             |       |         |
| Gine.-Uro.                         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Hostilidad</b> | 2     | 34 | 10,12     | 3,506             | 0,012 | 1,09    |
| Gine.-Pulmón                       |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Hostilidad</b> | 4     | 13 | 14,77     | 4,850             |       |         |
| Gine.-Pulmón                       |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Hostilidad</b> | 2     | 34 | 10,12     | 3,506             | 0,042 | 0,96    |
| Gine.-CC.                          |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Hostilidad</b> | 5     | 12 | 14,33     | 5,105             |       |         |
| Gine.-CC.                          |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Depresión</b>  | 1     | 61 | 16,52     | 6,027             | 0,050 | 0,61    |
| Mama-Gine.                         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Depresión</b>  | 2     | 34 | 12,82     | 6,098             |       |         |
| Mama-Gine.                         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Depresión</b>  | 2     | 34 | 12,82     | 6,098             | 0,042 | 1,03    |
| Gine.-CC.                          |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Depresión</b>  | 5     | 12 | 18,75     | 5,328             |       |         |
| Gine.-CC.                          |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Depresión</b>  | 1     | 61 | 95,54     | 17,683            | 0,002 | 0,80    |
| Mama-Gine.                         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Depresión</b>  | 2     | 34 | 80,53     | 19,354            |       |         |
| Mama-Gine.                         |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Depresión</b>  | 2     | 34 | 80,53     | 19,354            | 0,005 | 1,26    |
| Gine.-CC.                          |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo NEUROTICISMO Depresión</b>  | 5     | 12 | 103,83    | 17,534            |       |         |
| Gine.-CC.                          |       |    |           |                   |       |         |

En la tabla anterior se muestran los resultados del análisis de la dimensión de personalidad de *neuroticismo* (tabla 37). En esta dimensión encontramos diferencias significativas entre aquellas pacientes con cáncer de mama ( $\bar{x}=95,54$ ) y las que tienen cáncer ginecológico ( $\bar{x}=80,53$ ) ( $p=0,0002$ ), donde las primeras se muestran más neuróticas que las segundas. El tamaño de las diferencias en este caso es moderadamente alto ( $d=0,80$ ). Por otra parte, los pacientes con cáncer de cabeza y cuello ( $\bar{x}=103,83$ ) también se muestran más neuróticos que las mujeres con cáncer ginecológico ( $\bar{x}=80,53$ ) ( $p=0,005$ ), siendo el tamaño de estas diferencias muy alto ( $d=1,26$ ).

Los análisis estadísticos realizados en la faceta de *hostilidad* nos indican que las pacientes con cáncer de mama ( $\bar{x}=14,11$ ) obtienen puntuaciones significativamente superiores a las de las pacientes con cáncer ginecológico ( $\bar{x}=10,12$ ) ( $p=0,000$ ), siendo el tamaño de estas diferencias muy alto ( $d=1,01$ ). Por otra parte, las pacientes con cáncer ginecológico ( $\bar{x}=10,12$ ) se muestran menos hostiles que los pacientes urológicos ( $\bar{x}=14,15$ ) ( $p=0,047$ ), que los pacientes con cáncer de pulmón ( $\bar{x}=14,77$ ) ( $p=0,012$ ) y que los pacientes con cáncer de cabeza y cuello ( $\bar{x}=14,33$ ) ( $p=0,042$ ). El tamaño de estas diferencias en los tres casos es muy alto ( $d=0,95$ ,  $d=1,09$  y  $d=0,96$ , respectivamente). Podemos decir pues, que parece que las pacientes con cáncer ginecológico se muestran menos hostiles que el resto.

En la faceta de *depresión* de la dimensión de neuroticismo las diferencias significativas entre los grupos las encontramos, por una parte entre las pacientes con cáncer de mama ( $\bar{x}=16,52$ ) y las que tienen cáncer ginecológico ( $\bar{x}=12,82$ ) ( $p=0,050$ ), donde las primeras se muestran más deprimidas que las segundas (siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,61$ ); y por otra parte, entre las mujeres con cáncer ginecológico ( $\bar{x}=12,82$ ) y los pacientes con cáncer de cabeza y cuello ( $\bar{x}=18,75$ ) ( $p=0,042$ ), donde éstos se muestran más deprimidos que las mujeres con cáncer ginecológico. En este caso el tamaño de las diferencias es muy alto ( $d=1,03$ ).

Tabla 38. *Diferencia de medias entre Extraversión y diagnóstico oncológico.*

|                                 | Grupo | N  | $\bar{x}$ | Desvia-<br>ción<br>típica | p     | d<br>Cohen |
|---------------------------------|-------|----|-----------|---------------------------|-------|------------|
| Neo EXTRAVERSIÓN<br>Cordialidad | 2     | 34 | 24,1<br>5 | 4,208                     | 0,007 | 1,01       |
| Gine.-Uro                       |       |    |           |                           |       |            |
| Neo EXTRAVERSIÓN<br>Cordialidad | 3     | 13 | 19,1<br>5 | 5,550                     |       |            |
| Gine.-Uro                       |       |    |           |                           |       |            |

En la dimensión de la personalidad de extraversión (tabla 38) las diferencias significativas se encuentran en la faceta de *cordialidad*, donde los datos indican que las pacientes con cáncer ginecológico ( $\bar{x}=24,15$ ) se muestran más cordiales que los pacientes con cáncer urológico ( $\bar{x}=19,15$ ) ( $p=0,007$ ), siendo el tamaño de estas diferencias muy alto ( $d=1,01$ ).

Tabla 39. *Diferencia de medias entre Amabilidad y diagnóstico oncológico.*

|                                 | Grupo | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | p     | d Cohen |
|---------------------------------|-------|----|-----------|-------------------|-------|---------|
| <b>Neo AMABILIDAD Confianza</b> | 2     | 34 | 22,15     | 3,586             | 0,050 | 1,08    |
| Gine.-Uro                       |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo AMABILIDAD Confianza</b> | 3     | 13 | 18,38     | 3,330             |       |         |
| Gine.-Uro                       |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo AMABILIDAD Altruismo</b> | 1     | 61 | 23,38     | 4,156             | 0,050 | 0,61    |
| Mama-Gine.                      |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo AMABILIDAD Altruismo</b> | 2     | 34 | 25,88     | 3,983             |       |         |
| Mama-Gine.                      |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo AMABILIDAD Altruismo</b> | 2     | 34 | 25,88     | 3,983             | 0,018 | 1,09    |
| Gine.-Uro.                      |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo AMABILIDAD Altruismo</b> | 3     | 13 | 21,62     | 3,798             |       |         |
| Gine.-Uro.                      |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo AMABILIDAD</b>           | 1     | 61 | 126,74    | 17,637            | 0,055 | 0,57    |
| Mama-Gine.                      |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo AMABILIDAD</b>           | 2     | 34 | 136,38    | 15,973            |       |         |
| Mama-Gine.                      |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo AMABILIDAD</b>           | 2     | 34 | 136,38    | 15,973            | 0,035 | 1,04    |
| Gine.-Pulmón                    |       |    |           |                   |       |         |
| <b>Neo AMABILIDAD</b>           | 4     | 13 | 120,92    | 13,469            |       |         |
| Gine.-Pulmón                    |       |    |           |                   |       |         |

La última dimensión de la personalidad en la que obtenemos diferencias significativas es en la de *amabilidad* (tabla 39). Por una parte, las pacientes con cáncer ginecológico ( $\bar{x}=136,38$ ) obtienen puntuaciones más elevadas en amabilidad que las pacientes con cáncer de mama ( $\bar{x}=126,74$ ) ( $p=0,055$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,57$ ); y por otra parte, las pacientes con

cáncer ginecológico ( $\bar{x}=136,38$ ) son más amables en su personalidad que los pacientes con cáncer de pulmón ( $\bar{x}=120,92$ ) ( $p=0,035$ ), siendo el tamaño de estas diferencias muy alto ( $d=1,04$ ).

En cuanto a las facetas de esta dimensión, la faceta de *confianza* nos muestra diferencias significativas entre las pacientes con cáncer ginecológico ( $\bar{x}=22,15$ ) y los pacientes con cáncer urológico ( $\bar{x}=18,38$ ) ( $p=0,050$ ), donde estos últimos se muestran con menos confianza que los primeros. El tamaño de estas diferencias es muy alto ( $d=1,08$ ).

Los datos obtenidos en la faceta de *altruismo* nos indican nuevamente que las pacientes con cáncer ginecológico ( $\bar{x}=25,88$ ) se describen como más altruistas que las pacientes con cáncer de mama ( $\bar{x}=23,38$ ) ( $p=0,050$ ); siendo el tamaño del efecto moderado ( $d=0,61$ ). De la misma manera, las pacientes con cáncer ginecológico ( $\bar{x}=25,88$ ) son más altruistas como rasgo de personalidad que los pacientes con cáncer urológico ( $\bar{x}=21,62$ ) ( $p=0,018$ ), siendo el tamaño de estas diferencias muy alto ( $d=1,09$ ).

#### **5.4.9. Estadio de la enfermedad**

Para el estudio de la variable estadio de la enfermedad oncológica se realizó una categorización en función del estadio de la enfermedad:

- Grupo 1: estadio I (n=37).
- Grupo 2: estadio II (n=50).
- Grupo 3: estadio III (n=37).
- Grupo 4: estadio IV (n=30).
- Grupo 5: no estadio (n=26).

Después de realizar los análisis Post Hoc de Bonferroni podemos decir que no existen diferencias significativas entre las distintas variables estudiadas en función del estadio de la enfermedad (sintomatología ansioso-depresiva, calidad de vida, estrategias de afrontamiento y dimensiones de la personalidad).

#### **5.4.10. Tratamiento oncológico**

La variable de tratamiento oncológico la hemos categorizado entre los que no llevan tratamiento y los que sí (entendiendo estos por cirugía, quimioterapia o radioterapia), estableciendo así dos grupos:

- Grupo 1: si llevan tratamiento oncológico (n=137).
- Grupo 2: no llevan tratamiento oncológico (n=47).

En primer lugar, señalar que en los análisis realizados en la sintomatología ansioso-depresiva en función de si los enfermos llevan tratamiento médico o no, no hemos encontrado diferencias significativas, lo que nos indica que llevar tratamiento médico o no, no denota diferencias entre los pacientes teniendo en cuenta esta variable.

Tabla 40. *Diferencia de medias entre Calidad de Vida y tratamiento oncológico.*

|                                | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|--------------------------------|-----|-----------|--------|-------|
| <b>FACT-G Bienestar físico</b> | 137 | 18,88     | -3,184 | 0,001 |
| Si                             |     |           |        |       |
| <b>FACT-G Bienestar físico</b> | 47  | 21,26     |        |       |
| No                             |     |           |        |       |

Así encontramos diferencias significativas en la escala de *bienestar físico* (tabla 40) entre los que sí que llevan tratamiento ( $\bar{x}=18,88$ ) y los que no llevan tratamiento médico ( $\bar{x}=21,26$ ) ( $p=0,001$ ). Es lógico plantear que los que no llevan tratamiento de cirugía, radioterapia o quimioterapia expresen un mayor bienestar físico.

Tabla 41. *Diferencia de medias entre Afrontamiento y tratamiento oncológico.*

|                             |       | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|-----------------------------|-------|-----|-----------|--------|-------|
| CAEPO<br>Búsqueda<br>Social | Apoyo | 137 | 7,75      | -2,097 | 0,036 |
|                             | Si    |     |           |        |       |
| CAEPO<br>Búsqueda<br>Social | Apoyo | 47  | 6,64      |        |       |
|                             | No    |     |           |        |       |

En cuanto a las estrategias de afrontamiento (tabla 41), los resultados nos muestran que sólo existen diferencias significativas en *búsqueda de apoyo social* entre los que sí llevan tratamiento médico ( $\bar{x}=97,28$ ) y los que no lo llevan ( $\bar{x}=6,64$ ) ( $p=0,036$ ). Es decir, los que llevan algún tipo de tratamiento médico utilizan más la estrategia de afrontamiento del apoyo social.

Tabla 42. *Diferencia de medias entre Neuroticismo y tratamiento oncológico.*

|                               |    | N   | Rango promedio | Z      | p     |
|-------------------------------|----|-----|----------------|--------|-------|
| Neo NEUROTICISMO<br>Depresión |    | 137 | 15,31          | -2,449 | 0,014 |
|                               | Si |     |                |        |       |
| Neo NEUROTICISMO<br>Depresión | Si | 47  | 17,74          |        |       |
|                               | No |     |                |        |       |
| Neo NEUROTICISMO              | Si | 137 | 91,96          | -2,208 | 0,027 |
|                               | No |     |                |        |       |
| Neo NEUROTICISMO              | Si | 47  | 99,23          |        |       |
|                               | No |     |                |        |       |

En la dimensión de personalidad de *neuroticismo* (tabla 42) encontramos diferencias significativas entre los que sí llevan tratamiento médico ( $\bar{x}=91,96$ ) y los que no llevan dicho tratamiento ( $\bar{x}=99,23$ ) ( $p=0,014$ ). Destaca la faceta de *depresión* con diferencias significativas entre los que sí llevan ( $\bar{x}=15,31$ ) y los que no llevan tratamiento médico ( $\bar{x}=17,74$ ) ( $p=0,001$ ).

Por lo tanto, los pacientes oncológicos que no llevan tratamiento médico presentan puntuaciones más elevadas en neuroticismo que los que sí llevan tratamiento, destacando la faceta de depresión.

Tabla 43. *Diferencia de medias entre Responsabilidad y tratamiento oncológico.*

|                                  | N   | $\bar{x}$ | Z      | p     |
|----------------------------------|-----|-----------|--------|-------|
| Neo RESPONSABILIDAD Competencia  | 137 | 20,82     | -3,197 | 0,001 |
| Si                               | 47  | 18,38     |        |       |
| No                               | 137 | 19,50     | -2,302 | 0,021 |
| Neo RESPONSABILIDAD Orden        | 47  | 17,40     |        |       |
| Si                               | 137 | 19,03     | -2,762 | 0,006 |
| No                               | 47  | 16,70     |        |       |
| Neo RESPONSABILIDAD Deliberación | 137 | 124,09    | -2,684 | 0,007 |
| Si                               | 47  | 113,94    |        |       |
| No                               |     |           |        |       |

Finalmente, los análisis de comparación de medias realizados en la dimensión de personalidad de *responsabilidad* (tabla 43) nos indican diferencias significativas entre los que sí llevan tratamiento médico ( $\bar{x}=124,09$ ) y los que no lo llevan ( $\bar{x}=113,94$ ) ( $p=0,007$ ).

En el mismo sentido, las facetas de esta dimensión que también muestran diferencias significativas son:

- *Competencia* (sí llevan tratamiento médico,  $\bar{x}=20,82$ , y no llevan tratamiento médico,  $\bar{x}=18,38$ ;  $p=0,001$ ).
- *Orden* (sí llevan tratamiento médico,  $\bar{x}=19,50$ , y no llevan tratamiento médico,  $\bar{x}=17,40$ ;  $p=0,021$ ).
- *Deliberación* (sí llevan tratamiento médico,  $\bar{x}=19,03$ , y no llevan tratamiento médico,  $\bar{x}=16,70$ ;  $p=0,006$ ).

Por lo tanto, estos datos nos indican que los pacientes que llevan algún tipo de tratamiento médico (cirugía, quimioterapia o radioterapia) son más responsables que los que no lo llevan, siendo esta responsabilidad más destacada en las facetas de competencia, orden y deliberación.

### 5.5. Análisis de Cluster

En este apartado se utiliza la técnica multivariada de interdependencia del análisis de clúster para identificar un perfil de personalidad y clasificar a los pacientes en función de dicho perfil. Para ello empleamos el método de K-means. Posteriormente, se estudió los grupos de cada variable en función del perfil.

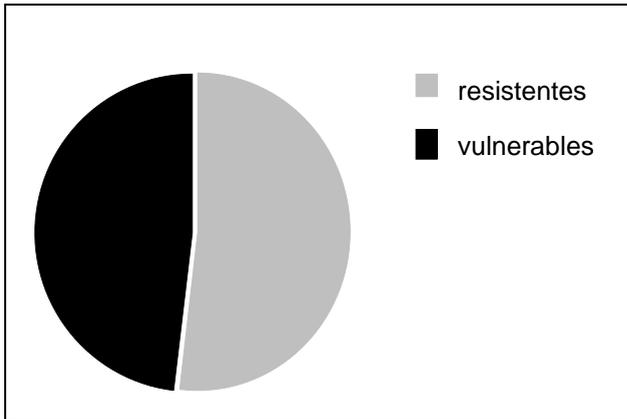
Tabla 44. Análisis de perfiles de personalidad.

|                 | <b>PERFIL 1:<br/>"RESISTENTES<br/>"</b> | <b>PERFIL 2:<br/>"VULNERABLES<br/>"</b> | <b>F</b>    | <b>p</b> |
|-----------------|---|---|-------------|----------|
| Neuroticismo    | 80<br>(centil 75)                       | 108<br>(centil 96)                      | 155,74<br>1 | 0,000    |
| Extraversión    | 110<br>(centil 30)                      | 92<br>(centil 6)                        | 56,068      | 0,000    |
| Amabilidad      | 134<br>(centil 60)                      | 123<br>(centil 35)                      | 23,258      | 0,000    |
| Responsabilidad | 134<br>(centil 40)                      | 108<br>(centil 10)                      | 130,55<br>1 | 0,000    |

Los datos nos indican (tabla 44) que existen dos grandes perfiles de la personalidad. Dado que la dimensión de apertura no tiene significatividad ( $p=0,096$ ) la excluiríamos de los perfiles.

Por lo tanto, el Perfil 1 (**“resistentes”**) se caracteriza por puntuaciones menos extremas: moderadamente alto neuroticismo, moderadamente baja extraversión, moderadamente alta amabilidad y moderadamente baja responsabilidad. Mientras que el Perfil 2 (**“vulnerables”**) se caracteriza por un alto neuroticismo, baja extraversión, moderadamente baja amabilidad y baja responsabilidad.

El análisis descriptivo de los datos nos muestra dos grupos (figura 29) con un tamaño similar: el 51,9% ( $n= 96$ ) correspondería al



perfil 1 (identificado como “resistentes”) y el 48,1% ( $n=89$ ) al perfil 2 (identificado como “vulnerables”).

Figura 29. *Perfiles de personalidad.*

### 5.5.1. Análisis de datos del Perfil 1 (“resistentes”)

El Perfil 1 es el que hemos identificado como “resistentes”, con 96 pacientes, tienen una media de 53 años de edad, el 90% (n=87) son pacientes oncológicos (el 9% son la pareja, n=9), el 85% (n=82) son mujeres (mientras que el 14% hombres, n=14).

En cuanto a los **estudios** (figura 30) podemos decir que está distribuido de forma homogénea entre los cuatro niveles de enseñanza:

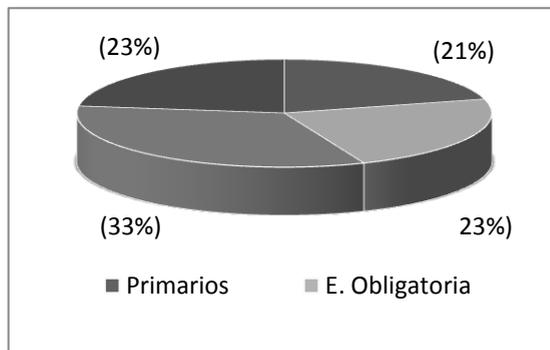
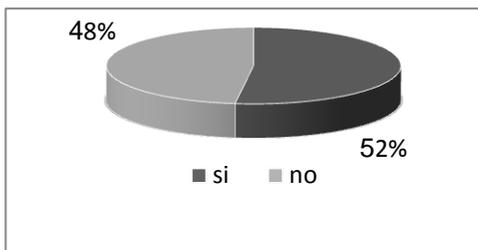


Figura 30. Nivel estudios en perfil “resistentes”.

En el consumo de **psicofármacos** (figura 31) encontramos que



el 52% (n=50) sí los consumen en algún momento del proceso, mientras que el casi 48% (n=46) no lo hacen.

Figura 31. Consumo psicofármacos en perfil “resistentes”.

De los que consumen psicofármacos (figura 32), el casi 45% (n=43) consumen tranquilizantes menores, el 5% (n=5) algún tipo de hipnótico, mientras que el 15% (n=15) consumen antidepresivos.

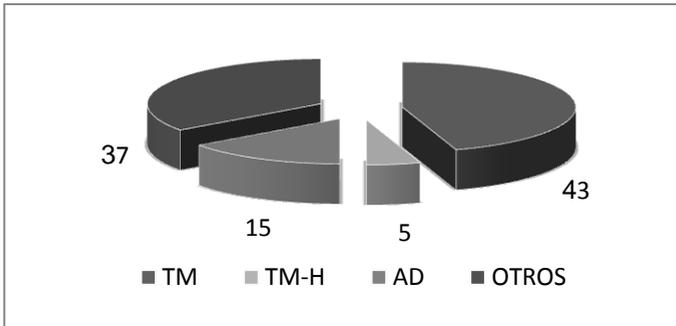
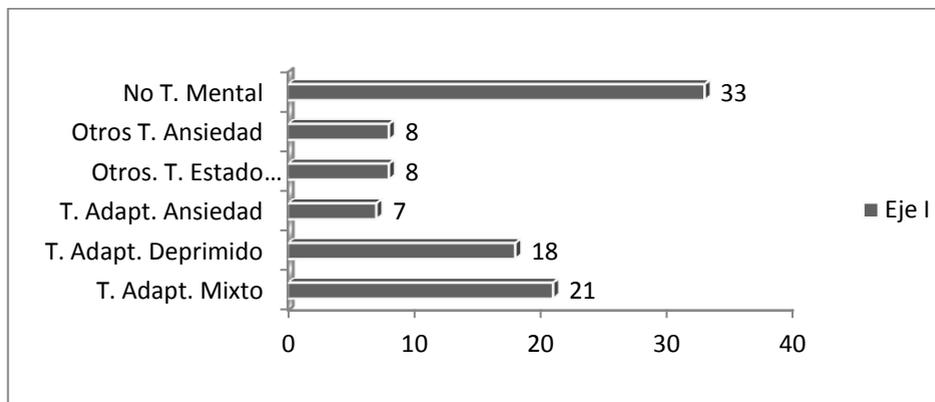


Figura 32. Clasificación psicofármacos en perfil "resistentes".

En cuanto al diagnóstico según el DSM, en primer lugar indicaremos los resultados del **Eje I** (figura 33): el casi 22% (n=21) presenta un trastorno adaptativo mixto, el casi 19% (n=18) un trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido, el 7% (n=7) un trastorno adaptativo con sintomatología ansiosa, el 8% (n=8) presenta otros trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, episodio único y recidivante, y trastorno distímico), el 8% (n=8) presenta otros trastornos de ansiedad (fobia simple, trastorno de ansiedad generalizada con o sin agorafobia) y el 34% (n=33) no tienen ningún diagnóstico en el Eje I.

Figura 33. Diagnóstico Eje I en el perfil de personalidad “resistente”



El Eje II (figura 34) nos muestra el diagnóstico de trastorno de personalidad en esta muestra de pacientes oncológicos. En primer lugar decir que solo el 9,4% (n=8) tienen un diagnóstico en este eje y se distribuye de la siguiente manera:

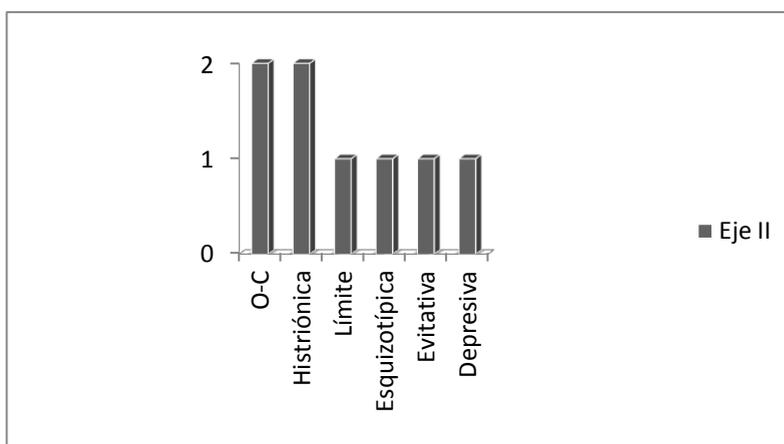


Figura 34. Diagnóstico en el Eje II de trastorno personalidad en el perfil de personalidad “resistente”

En el **Eje III**, en cuanto al diagnóstico de enfermedad oncológica, podemos decir que se distribuye de la siguiente manera:

- El 33% (n=32) tienen cáncer de mama.
- el 24% (n=23) cáncer ginecológico.
- El 6% (n=6) cáncer urológico.
- El 8% (n=8) cáncer de pulmón.
- El 4% (n=4) cáncer digestivo.
- El 3% (n=3) cáncer dermatológico.
- El 4% (n=4) cáncer de cabeza y cuello.
- El 1% (n=1) sarcoma.
- El 1% (n=1) mieloma múltiple.
- El 2% (n=2) linfoma.
- El 12% (n=12) equivale a pacientes que no tienen cáncer, es decir, o bien pacientes con enfermedad pre-maligna o bien familiares de pacientes oncológicos.

El análisis descriptivo del **estadio** de la enfermedad nos indica que el 25% (n=24) tiene un diagnóstico oncológico estadio I, el casi 22% (n=21) estadio II, el casi 21% (n=20) estadio III y el casi 19% (n=18) estadio IV. Como podemos ver en cuanto al estadio de la

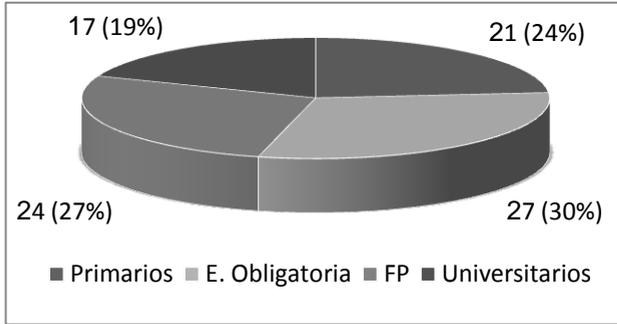
enfermedad la muestra está distribuida de forma homogénea entre los cuatro grupos. El 12% (n=12) no tienen estadio porque corresponden a los que no tienen diagnóstico oncológico (la mayoría familiares de pacientes). De todos estos pacientes, el 78% (n=75) están recibiendo algún tipo de tratamiento activo en el momento de acudir a la Unidad de Psicología, mientras que el casi 22% (n=21) no llevan ningún tratamiento.

### **5.5.2. Análisis de datos del Perfil 2 (“vulnerables”)**

El Perfil 2 es el grupo que hemos identificado como “vulnerables”. Está compuesto por 89 pacientes, es decir el 48% de la muestra. La edad media de los pacientes que tienen este perfil es de 53 años y en su mayoría mujeres, estando representadas por el casi 81% mujeres (n=72), mientras que el 19% (n=17) son hombres. El 87% (n=78) de los integrantes de este grupo son los pacientes, el 9% (n=8) son la pareja, el 1% (n=1) son hijos y el 2% (n=2) otros.

El **nivel de estudios** (figura 35), al igual que ocurría con los pacientes del perfil 1, está distribuido de forma uniforme en los cuatro grupos:

Figura 35. Nivel estudios en el perfil de personalidad "vulnerable".



En cuanto al **consumo de psicofármacos** (figura 36) los datos nos indican que el 68% (n=61) de los pacientes que tienen el perfil 2 ("vulnerables") consumen algún tipo de psicotrópico durante el

proceso de la enfermedad, mientras que el 32% (n=28) no lo hace.

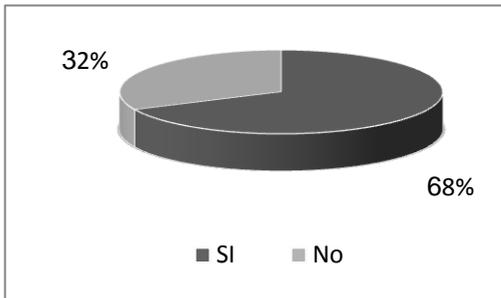


Figura 36. Consumo psicofármacos en el perfil de personalidad "vulnerable".

Por lo que respecta al tipo de psicofármaco (figura 37), el 46% (n=41) consumen tranquilizantes menores (el 54%, n=48, no), el 19% (n=17) hipnóticos (el 81%, n=72, no) y el 27% (n=24) antidepresivos (el 73%, n=65, no).

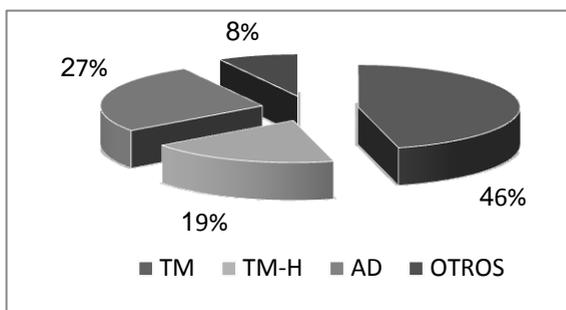


Figura 37. Clasificación psicofármacos en el perfil de personalidad "vulnerable".

En el diagnóstico según el DSM, en primer lugar, el **Eje I** (figura 38) del grupo de pacientes que tienen un perfil de personalidad "vulnerable" obtenemos los siguientes resultados: el casi 24% (n=21) tiene un trastorno adaptativo mixto con sintomatología ansioso-depresiva, otro casi 24% (n=21) tiene un trastorno adaptativo con sintomatología depresiva, mientras que es el 12% (n=11) los que cumplen criterios para un trastorno adaptativo con ansiedad. En cuanto a otros trastornos del estado de ánimo el 16% (n=15) lo padecen, mientras que el tan solo el 2% (n=2) tiene otro trastorno de ansiedad. En esta muestra encontramos que un casi 6% (n=5) presenta sintomatología depresiva relacionada con el duelo, y que un 12% (n=11) no tiene ningún trastorno mental.

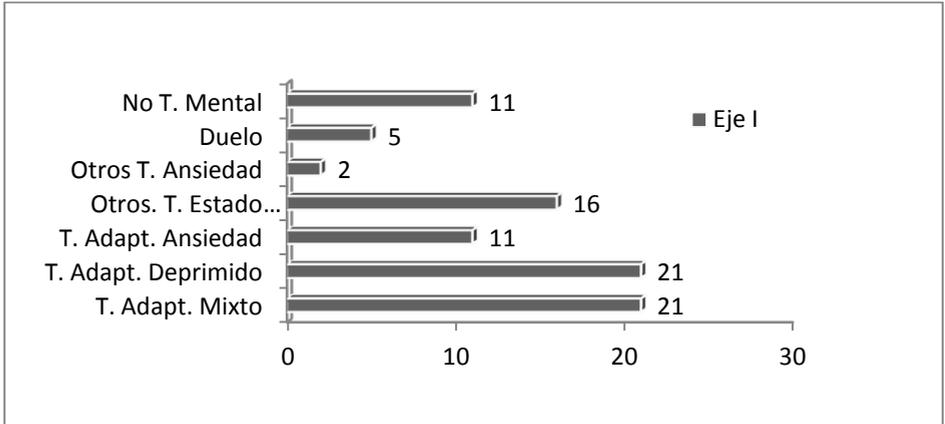


Figura 38. *Diagnóstico Eje I en perfil "vulnerable".*

El **Eje II** (figura 39) nos muestra los datos relativos al diagnóstico de trastorno de personalidad. En este caso, casi el 20% (n=17) de los pacientes tiene un trastorno de personalidad que se distribuyen según la figura que se presenta a continuación:

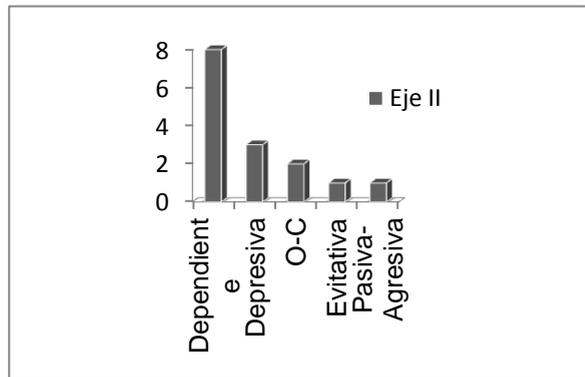


Figura. 39. *Diagnóstico Eje II en perfil de personalidad "vulnerable".*

El diagnóstico de la enfermedad oncológica (**Eje III**) se distribuye de la siguiente manera:

- Cáncer mama: 32% (n=29).
- Cáncer ginecológico: 12% (n=11).
- Cáncer urológico: 8% (n=7).
- Cáncer pulmón: 5% (n=5).
- Cáncer digestivo: 4% (n=4).
- Cáncer dermatológico: 5% (n=5).
- Cáncer cabeza y cuello: 9% (n=8).
- Sarcoma: 1% (n=1).
- Linfoma: 7% (n=6).
- No oncológico: 14% (n=13).

En cuanto al **estadio** (figura 40) de la enfermedad podemos decir que en este caso hay una predominancia de pacientes en el estadio II, ya que nos encontramos que el 14% (n=13) tienen un diagnóstico oncológico en estadio I, el 32% (n=29) en estadio II, el 19% (n=17) en estadio III, y el 13% en estadio IV. El casi 16% restante corresponde a no estadio porque son aquellos pacientes no oncológicos, es decir, los familiares de los pacientes.

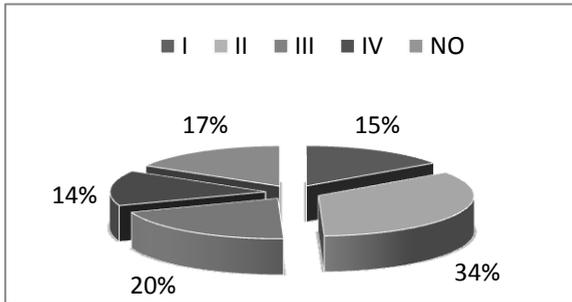


Figura 40. *Estadio oncológico.*

Finalmente, el 70% (n=62) de los pacientes que presentan un perfil 2 (“vulnerables”) están recibiendo **tratamiento médico** oncológico cuando acuden o son remitidos, mientras que el 30% (n=26) restante no lo están en el momento de acudir a la Unidad de Psicología.

### **5.5.3. Diferencia de medias entre el perfil 1 y perfil 2**

Como es lógico pensar en el estudio de las diferencias entre los dos perfiles que hemos definido, existen múltiples diferencias. Veamos cuales de las mismas son significativas (aunque quizá sería más interesante estudiar cuales no lo son). Para ello primero estudiamos la normalidad de la distribución de las muestras con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y dado que se distribuyen normalmente hicimos nuestros análisis de diferencias de medias con la prueba t de Student.

Recordemos nuevamente, antes de reflejar los resultados de dichos análisis, que el análisis de los índices de fiabilidad de los instrumentos nos indicaba que en el CAEPO hay tres escalas que tienen índices bajos, por lo que los resultados deben ser tomados con cautela (búsqueda de apoyo social, preocupación y resignación pasiva y huida y distanciamiento).

Siguiendo el mismo orden que hemos tenido en toda la presentación, las primeras diferencias las encontramos en la valoración de la sintomatología ansioso-depresiva:

Tabla 45. *Diferencia de medias entre sintomatología y perfil de personalidad.*

|                         | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | t      | p     | d Cohen |
|-------------------------|----|-----------|-------------------|--------|-------|---------|
| <b>BSI Ansiedad</b>     | 96 | 8,57      | 6,128             | -2,738 | 0,007 | 0,40    |
| Resistentes             |    |           |                   |        |       |         |
| <b>BSI Ansiedad</b>     | 89 | 11,02     | 6,026             |        |       |         |
| Vulnerables             |    |           |                   |        |       |         |
| <b>BSI Depresión</b>    | 96 | 7,39      | 6,750             | -4,272 | 0,000 | 0,57    |
| Resistentes             |    |           |                   |        |       |         |
| <b>BSI Depresión</b>    | 89 | 10,98     | 5,677             |        |       |         |
| Vulnerables             |    |           |                   |        |       |         |
| <b>BSI Somatización</b> | 96 | 7,31      | 5,709             | -2,030 | 0,044 | 0,29    |
| Resistentes             |    |           |                   |        |       |         |
| <b>BSI Somatización</b> | 89 | 9,06      | 5,972             |        |       |         |
| Vulnerables             |    |           |                   |        |       |         |

Cuando realizamos el análisis de diferencia de medias entre el perfil de personalidad vulnerable y el resistente encontramos diferencias significativas entre ellos en las tres escalas de sintomatología (tabla 45).

En la escala de *ansiedad* los pacientes con un perfil vulnerable ( $\bar{x}=11,02$ ) presentan puntuaciones significativamente superiores a los resistentes ( $\bar{x}=8,57$ ) ( $p=0,007$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,40$ ).

La escala de *depresión* nos muestra resultados en el mismo sentido, es decir, los pacientes con un perfil de vulnerabilidad

presentan mayor depresión ( $\bar{x}=10,98$ ) que los resistentes ( $\bar{x}=7,39$ ) ( $p=0,000$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,57$ ).

Finalmente, la escala de *somatización* expresa diferencias significativas entre ambos grupos, presentando los pacientes con un perfil de personalidad vulnerable ( $\bar{x}=9,06$ ) los que manifiestan más somatizaciones que los resistentes ( $\bar{x}=7,31$ ) ( $p=0,044$ ), aunque el tamaño de estas diferencias es pequeño ( $d=0,29$ ).

Desde el comienzo de esta investigación nos planteamos como objetivos el estudio del consumo de psicofármacos. Cuando analizamos las diferencias entre los pacientes oncológicos con un perfil de personalidad resistente y los pacientes con un perfil de personalidad vulnerable encontramos los siguientes resultados (tabla 46):

Tabla 46. *Diferencias entre perfiles y psicofármacos.*

|                            | SI<br>PSICOFÁRMA-<br>COS | NO<br>PSICOFÁRMA-<br>COS | TOTAL | CHI-<br>CUADR<br>ADO | P     |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|----------------------|-------|
| Personalidad<br>RESISTENTE | 50                       | 46                       | 96    | 5,211                | 0,016 |
| Personalidad<br>VULNERABLE | 61                       | 28                       | 89    |                      |       |
| TOTAL                      | 111                      | 74                       | 185   |                      |       |

De los resultados de esta tabla se desprende que efectivamente existe un mayor consumo de psicofármacos entre los pacientes que tienen un perfil de personalidad vulnerable, siendo la diferencia entre ambos grupos significativa ( $p=0,016$ ).

Tabla 47. *Diferencia de medias entre Calidad de Vida y perfil de personalidad.*

|   | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | t     | p     | d Cohen |
|---|----|-----------|-------------------|-------|-------|---------|
| <b>FACT-G Bienestar físico</b>            | 96 | 20,29     | 4,862             | 2,430 | 0,016 | 0,35    |
| Resistentes                               |    |           |                   |       |       |         |
| <b>FACT-G Bienestar físico</b>            | 89 | 18,60     | 4,612             |       |       |         |
| Vulnerables                               |    |           |                   |       |       |         |
| <b>FACT-G Bienestar social y familiar</b> | 96 | 19,85     | 5,651             | 1,980 | 0,049 | 0,29    |
| Resistentes                               |    |           |                   |       |       |         |
| <b>FACT-G Bienestar social y familiar</b> | 89 | 18,24     | 5,390             |       |       |         |
| Vulnerables                               |    |           |                   |       |       |         |
| <b>FACT-G Funcionamiento personal</b>     | 96 | 14,71     | 5,398             | 3,377 | 0,001 | 0,49    |
| Resistentes                               |    |           |                   |       |       |         |
| <b>FACT-G Funcionamiento personal</b>     | 89 | 12,08     | 5,175             |       |       |         |
| Vulnerables                               |    |           |                   |       |       |         |

En el estudio de la Calidad de Vida (tabla 47) los resultados muestran diferencias significativas en los tres factores de la misma:

- En el *Bienestar físico*, los pacientes con un perfil de personalidad más resistente muestran mayor bienestar físico ( $\bar{x}=20,29$ ) que los vulnerables ( $\bar{x}=18,60$ ) ( $p=0,016$ ), siendo el tamaño de estas diferencias pequeño ( $d=0,35$ ).
- En el *Bienestar social y familiar* los pacientes con un perfil de resistencia ( $\bar{x}=19,85$ ) manifiestan mayor calidad de vida que los pacientes con un perfil vulnerable ( $\bar{x}=18,24$ ) ( $p=0,049$ ), siendo el tamaño de estas diferencias bajo ( $d=0,29$ ).
- Por último en la escala de funcionamiento personal, los resistentes tienen un mejor funcionamiento ( $\bar{x}=14,71$ ) que los vulnerables ( $\bar{x}=12,08$ ) ( $p=0,001$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,49$ ).

Tabla 48. *Diferencia de medias entre Afrontamiento y perfil de personalidad.*

|  | N  | $\bar{x}$ | Desviación típica | t      | P     | d Cohen |
|--|----|-----------|-------------------|--------|-------|---------|
| <b>CAEPO<br/>Enfrentamiento y Lucha Activa</b>   | 96 | 20,48     | 4,531             | 4,190  | 0,000 | 0,61    |
| Resistentes                                      |    |           |                   |        |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Enfrentamiento y Lucha Activa</b>   | 89 | 17,58     | 4,866             |        |       |         |
| Vulnerables                                      |    |           |                   |        |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Autocontrol y Control Emocional</b> | 96 | 13,20     | 4,139             | 2,901  | 0,004 | 0,42    |
| Resistentes                                      |    |           |                   |        |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Autocontrol y Control Emocional</b> | 89 | 11,47     | 3,937             |        |       |         |
| Vulnerables                                      |    |           |                   |        |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Búsqueda de Apoyo Social</b>        | 96 | 7,74      | 2,572             | 2,335  | 0,021 | 0,34    |
| Resistentes                                      |    |           |                   |        |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Búsqueda de Apoyo Social</b>        | 89 | 6,89      | 2,391             |        |       |         |
| Vulnerables                                      |    |           |                   |        |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Ansiedad y Preocupación Ansiosa</b> | 96 | 6,71      | 3,800             | -3,386 | 0,001 | 0,49    |
| Resistentes                                      |    |           |                   |        |       |         |
| <b>CAEPO<br/>Ansiedad y Preocupación Ansiosa</b> | 89 | 8,62      | 3,869             |        |       |         |
| Vulnerables                                      |    |           |                   |        |       |         |

Finalmente destacan algunas diferencias significativas que encontramos en estudio de las estrategias de afrontamiento (tabla 48). Nuevamente las diferencias son en el mismo sentido que las anteriores:

- En el práctica de la estrategia de *enfrentamiento y lucha activa*, los pacientes con un perfil de resistencia muestran puntuaciones superiores ( $\bar{x}=20,48$ ) a los vulnerables ( $p=0,000$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado.
- En el *autocontrol y control emocional*, los pacientes con un perfil de resistencia también muestran mayores puntuaciones ( $\bar{x}=13,20$ ) que los vulnerables ( $\bar{x}=11,47$ ) ( $p=0,004$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,42$ ).
- La *búsqueda de apoyo emocional* nos indica que los pacientes con un perfil de personalidad definido como resistente ( $\bar{x}=7,74$ ) tiende a buscar más apoyo de amigos, compañeros y familiares que los que tienen un perfil vulnerable ( $\bar{x}=6,89$ ) ( $p=0,021$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,34$ ).
- Finalmente encontramos diferencias significativas en el estudio de la estrategia de afrontamiento de *ansiedad y preocupación ansiosa*, obteniendo por lo tanto puntuaciones superiores en esta estrategia los vulnerables ( $\bar{x}=8,62$ ) por encima de los resistentes ( $\bar{x}=6,71$ ) ( $p=0,001$ ), siendo el tamaño de estas diferencias moderado ( $d=0,49$ ).

Todos los datos expuestos en el estudio de las diferencias de medias nos indican que existen estas diferencias entre los dos grupos. En sentido de estas diferencias indican que los pacientes que tienen un perfil de mayor resistencia, frente a los que tienen un perfil vulnerable, tienen menos sintomatología, tienen mayor calidad de vida y emplean estrategias de afrontamiento más adaptativas.

## **DISCUSIÓN**



## 6. DISCUSIÓN

En el marco teórico de este trabajo hemos visto como evolucionó la Psicooncología y en qué medida la sociedad ha ido asumiendo, no sin un coste psicológico, el terror ante la enfermedad oncológica. Hoy más normalizada y aceptada en la población, aunque no menos temida, nos permite buscar estrategias para afrontarla con un menor sufrimiento tanto físico como emocional. Por ello hemos estudiado los modelos de afrontamiento y personalidad más recientes que buscan darnos una explicación a las relaciones entre psique y enfermedad cancerosa y de esta manejar con una condición más óptima el arduo camino entre la vida y la muerte.

El primer paso que debemos asumir en esta investigación es el primer peldaño de nuestra escalera, que consiste en **definir y describir las características** del grupo de pacientes con los que hemos trabajado, lo cual nos permite enmarcar y/o plantear las necesidades de nuestro trabajo con ellos. Como hemos visto los pacientes tienen una edad media de 50 años, en su mayoría son mujeres y el nivel de estudios está distribuido uniformemente. La mayoría son pacientes con cáncer de mama y/o ginecológico, que acuden ante el diagnóstico de un primer tumor (el 20% se encuentran en un segundo proceso oncológico primario), la mitad tienen antecedentes familiares, y un 70% han tenido experiencia con la enfermedad de otra persona afectivamente cercana. Se trata por

tanto de una población joven, y se podría plantear en este caso que las creencias en torno a la necesidad de ayuda y al estigma de acudir a psicoterapia pueden estar condicionadas por la edad, es decir, los más jóvenes tienen menos reticencias a pedir ayuda y se sienten menos amenazados por ello, lo que les lleva a acudir a la Unidad de Psicología. En cuanto al género ya sabemos que las mujeres normalmente solicitan más ayudas psicosociales y por otra parte, los dos diagnósticos oncológicos principales (mama y ginecología) también los integran las mujeres. Sorprende el alto porcentaje de pacientes que acuden en un segundo proceso oncológico, lo cual nos puede estar indicando que cada vez hay más supervivientes y que por ello también su organismo tiene tiempo para generar una segunda enfermedad.

Un tercio de los pacientes que acude a la Unidad de Psicología es debido a las dificultades psicológicas que les genera el inicio de la enfermedad, es decir, se sienten desbordados por el impacto de la información recibida, la angustia asociada a la enfermedad, la ruptura con su vida cotidiana y/o el miedo al sufrimiento y a la muerte asociados todavía a la enfermedad oncológica. Cabe decir, que casi la mitad de los pacientes tienen antecedentes psicológicos previos, y que o bien han recibido asistencia psicológica o bien atención psiquiátrica. El 76% de nuestra muestra tiene un trastorno mental, en su mayoría trastornos adaptativos del estado de ánimo, y un 14% algún tipo de trastorno de la personalidad. Esto nos podría indicar que aquellas personas que han recibido apoyo psicológico en el pasado, o bien tienen más probabilidad de recaer en cuanto a las alteraciones

del estado de ánimo en el proceso del diagnóstico, tratamiento y supervivencia de la enfermedad oncológica, o bien tienden a pedir más ayuda ya que conocen el recurso de asistencia psicológica por su experiencia previa.

Una parte central de los análisis de este trabajo ha intentado definir las relaciones entre los diferentes grupos atendiendo a las **características sociodemográficas y clínicas** de los pacientes. De esta manera ahora sabemos que las mujeres presentarán mayor somatización; y que tienden a utilizar más que los hombres la pasividad y resignación pasiva en su afrontamiento de la enfermedad. Los hombres son más hostiles que las mujeres, no mostrándose las mujeres más neuróticas en otras facetas del neuroticismo. En cuanto a la dimensión de personalidad de extraversión las mujeres son más cordiales y gregarias, lo que nos indicaría que prefieren estar en compañía de los otros durante el proceso de la enfermedad. También en la dimensión de personalidad de amabilidad encontramos muchas diferencias entre los hombres y las mujeres. En este sentido, las mujeres son más confiadas, altruistas, modestas y con una mayor sensibilidad a los demás.

En el estudio de la variable **edad** hemos encontrado que los pacientes jóvenes (20-45) consumen más psicofármacos que los de mediana edad (46-60) o los mayores (61-80). Esto nos podría estar indicando las dificultades crecientes que ya nombramos de nuestra sociedad que busca la sensación de bienestar y evita el sufrimiento a veces, de forma irracional. En este sentido se harían evidentes los

cambios sociales en la población más joven que tendría una menor tolerancia a la frustración y que utilizaría más la medicación como forma de evasión química de su propio miedo.

Por otra parte, también los jóvenes tienden a buscar más apoyo social como estrategia de afrontamiento. Cronológicamente y de forma natural, las relaciones con el entorno social disminuyen con la edad, no siendo menos importante en edades más maduras, por este motivo puede ser por el que los jóvenes recurren más a otras personas buscando ayuda, entretenimiento, ... que los mayores, que asumen más su situación y su soledad. Esto se vería apoyado por el resultado que indica que los mayores utilizarían más la pasividad y resignación pasiva que los jóvenes. En las dimensiones de la personalidad apenas encontramos diferencias en función de la edad. Tan solo dimensión de apertura nos indicaría que los jóvenes están más atentos a sus sentimientos interiores, que prefieren la variedad y que tratan de enriquecer más sus vidas con la experiencia teniendo en cuenta nuevas ideas.

El ***nivel de estudios*** nos indica muchas diferencias entre los grupos, veámoslas. A la luz de los resultados, sabemos pues que los pacientes con estudios de formación profesional somatizan más que los de enseñanza obligatoria y que los universitarios. En cuanto a la calidad de vida caracterizada por el bienestar físico, los de enseñanza obligatoria tienen mayor calidad de vida que los que tienen estudios primarios. En el empleo de las estrategias de afrontamiento los que tienen mayores estudios utilizan estrategias más adecuadas que los que tienen menos estudios: autocontrol y

control emocional (FP más que primarios y universitarios más que primarios), búsqueda de apoyo social (FP más que primarios y universitarios más que primarios), pasividad y resignación pasiva (primarios más que universitarios y enseñanza obligatoria más que universitarios, y FP más que universitarios). Por lo tanto, parece que el nivel de estudios es un factor de protección frente al empleo de estrategias de afrontamiento desadaptativas. En este contexto deberíamos plantearnos que podríamos obtener una mejor adaptación de los pacientes a la enfermedad, a los tratamientos y a la vida después de la enfermedad mediante la formación con intervenciones psicoeducativas y programas específicos que fomenten el uso de estrategias de afrontamiento, sabiendo que los que tienen niveles de estudios más altos necesitan unas intervenciones más elaboradas en cuanto a su complejidad de contenido, mientras que las de los que tienen estudios primarios deben ser más sencillas. Por lo tanto, no se deberían utilizar los mismos programas para todos los pacientes.

En el mismo sentido encontramos diferencias en el estudio de las dimensiones de personalidad. Mientras que no existen dichas diferencias en cuanto a los rasgos de neuroticismo, sí que existen en la dimensión de extraversión. A mayores estudios, mayor asertividad que define a los universitarios como más dominantes, socialmente destacados y a veces líderes (FP más que primarios, universitarios más que primarios, FP más que enseñanza obligatoria y universitarios más que enseñanza obligatoria), también mayor extraversión en general, con mayor vinculación con la gente, necesitan más la

excitación y la estimulación y suelen ser más animosos, enérgicos y optimistas. También encontramos diferencias en la dimensión de personalidad de apertura a la experiencia, mostrándose más abiertos a la experiencia los que tienen más estudios. Así a mayores estudios mayor sensibilidad estética, curiosidad intelectual, independencia en su juicio, con mayor imaginación.

La literatura científica nos ofrece extensa investigación que indica rangos muy amplios en cuanto a la **prevalencia de trastornos mentales** en población oncológica que van desde el 20-30% al 60-70% (Breitbart, y Alici, 2012; Cullivan, Crown, y Walsh, 1998; Derogatis, Morrow, y Fetting, 1983; Gil, Costa, Pérez, Salamero, Sánchez, y Sirgo, 2008; Li, et al, 2012; Traeger, Greer, Fernández-Robles, Temel, y Pirl, 2012). Por otra parte, tal y como apunta Bobes et al., (2012), en la actualidad existe una discrepancia (y una falta de información epidemiológica nacional) con respecto a la prevalencia y los costes entre los trastornos mentales y otras enfermedades como las cardiopatías o el propio cáncer. En nuestro estudio no podemos saber dicha cuantía, ya que nos hemos basado en los pacientes que por un motivo u otro ya acuden a la Unidad de Psicooncología. Los resultados de los análisis que hemos realizado en nuestro estudio nos revelan que de todos los pacientes que acuden a la Unidad, el 58% tienen algún tipo de trastorno mental. Estos datos nos podrían estar indicando que una parte no despreciable, el 44% que son los que no tienen un trastorno del eje I pero sí acuden a la Unidad de Psicología con una petición de ayuda,

sufren distrés emocional en algún grado. Nos planteamos pues que si se proporciona apoyo psicológico a aquellos pacientes que manifiestan distrés, quizá, podremos prevenir un futuro trastorno mental. De aquí la importancia del manejo del paciente desde una perspectiva preventiva. Cabe añadir en este punto, los resultados de una investigación que se realizó en nuestro centro sobre el distrés emocional de los pacientes (Martínez et al., 2013). En este estudio se analizó los resultados de una muestra de 962 pacientes con distintos diagnósticos, estadios y tipos de tratamiento, y encontraron que el 47,4% de la muestra tenía niveles de distrés bajos, el 29,2% niveles moderados y el 23,4% niveles elevados de distrés.

En nuestro trabajo, en el estudio de las diferencias de medias entre los pacientes que tienen un diagnóstico de trastorno mental y los que no, encontramos diferencias significativas en varios análisis. Como era de esperar, en las puntuaciones de ansiedad, depresión y somatización existen diferencias significativas entre los que tienen un trastorno mental y los que no. Esto es fácil de explicar dado que se trata precisamente de los síntomas más habituales que padecen los pacientes con trastorno adaptativos, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad (los más frecuentes en nuestra muestra). Por otra parte, los que tienen un trastorno mental tienen menos calidad de vida en cuanto a bienestar físico, bienestar social y familiar y funcionamiento personal, que los que no tienen ningún trastorno mental. El estudio de las estrategias de afrontamiento entre los pacientes que tienen trastornos mentales, nos indica que éstos utilizan menos estrategias de enfrentamiento y lucha activa,

autocontrol y control emocional y destacan en ansiedad y preocupación ansiosa. Por lo tanto, el hecho de presentar determinada psicopatología está relacionado con una peor adaptación a la enfermedad, tanto a nivel de malestar emocional como de calidad de vida. Estas personas se encuentran retraídas y muchas ocasiones, como sabemos el aislamiento es un criterio diagnóstico de la depresión y esto hace que estas personas se priven en mayor medida del contacto con los demás y por lo tanto de la ayuda necesaria para abordar mejor la enfermedad. Si relacionamos pues los trastornos mentales, con la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento, podríamos plantearnos que aquellas personas que tienen un trastorno mental y un planteamiento depresivo o ansioso cognitivo de la enfermedad podrían emplear estrategias de afrontamiento menos adaptativas y también tener un menor bienestar en cuanto a sus relaciones sociales y familiares, el bienestar físico y el bienestar emocional. Se ha visto que las personas que piensan frecuentemente “ya pasará” presentan una mejor calidad de vida que los que no lo hacen; y los que tienen a “aislarse” presentan también una peor calidad de vida (Font, 1994).

Cuando estudiamos las dimensiones de la personalidad y el diagnóstico del Eje I, las diferencias más significativas las encontramos en la dimensión de neuroticismo donde los pacientes con un trastorno mental, bien sea adaptativo u otro, son más neuróticos que los que no tienen ningún trastorno mental. Este rasgo de la personalidad se representa de forma más intensa en sus facetas de ansiedad, depresión, hostilidad y vulnerabilidad. Lai, Tang y Chung

(2010) en su investigación realizada con supervivientes con cáncer ginecológico encontraron que un alto neuroticismo predice baja calidad de vida emocional y física. También en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, se ha estudiado la relaciones entre la dimensión de personalidad de neuroticismo y la calidad de vida, encontrándose una relación negativa entre ambas (Aarstad, Aarstad y Olofsson, 2008).

Por otra parte, la dimensión de extraversión (faceta de actividad) solo nos indica diferencias entre los que no tienen ningún trastorno mental y los que tienen un trastorno mental diferente del adaptativo (fundamentalmente del estado de ánimo y trastorno de ansiedad no asociados al estresor oncológico); y en la dimensión de responsabilidad (faceta de deliberación) ocurre lo mismo, siendo más responsables aquellos que no tienen ningún trastorno mental. Podríamos atribuir parte de estas relaciones a los criterios diagnósticos de estos trastornos, dado que las personas que padecen un trastorno depresivo mayor o distímico o un trastorno de ansiedad generalizada ven mermada su actividad general y social particular. En este sentido parece que las personas más sociables, con una mayor vinculación con la gente, asertivos y activos tienen menos trastornos mentales pudiendo actuar esta dimensión de la personalidad como protector. Algunos estudios han encontrado relaciones positivas entre la dimensión de extraversión y patrones de conducta más adaptativos y por lo tanto mayor bienestar (Rhodes, Courneya y Bobick, 2001).

En el mismo sentido quisimos confirmar estas diferencias entre aquellos pacientes oncológicos que tienen un **trastorno de personalidad** y los que no. Como es lógico pensar las personas que tienen un trastorno de personalidad puntúan más alto en ansiedad y depresión. También encontramos diferencias en cuanto a calidad de vida, aunque solo en la escala de bienestar social y familiar. Es decir, el hecho de tener un trastorno de la personalidad condiciona la satisfacción en las relaciones sociales y familiares y/o la percepción de apoyo en este ámbito. Por otra parte, los pacientes con un trastorno de la personalidad emplean en menor medida estrategias de afrontamiento centradas en el *enfrentamiento y la lucha activa* y en el *autocontrol y en el control emocional*, no encontrando diferencias en las otras estrategias de afrontamiento. Estos pacientes se definen más neuróticos y menos extrvertidos así como menos confiados (dimensión de personalidad de amabilidad).

En la literatura moderna encontramos textos que explican la aparición del diagnóstico de cáncer en distintas **localizaciones tumorales** en base a diferente psicopatología o a las características psicológicas de los pacientes (Moussas, Papadopoulou, Christodoulaki, y Karkanias, 2010). Ya los clásicos indicaban una personalidad melancólica en el cáncer de pulmón y no tan lejos encontramos algunas líneas de investigación que relacionan distintas localizaciones tumorales con rasgos de personalidad específicos (Kune, Kune, Watson y Bahanson, 1991; Grossarht-Maticek, Eysenck, Pfeifer, Schmidt y Koppel, 1997). Algunas

investigaciones relacionan el cáncer colorectal con un uso excesivo de los mecanismos de represión y negación, agresividad y hostilidad, una inhibición general de reacciones emocionales, en especial de la ira, deseabilidad social, evitación de conflictos y supresión de reacciones que pudieran ofender a los otros (Kavan, Engdahl y Kay, 1995).

En nuestro estudio, por una parte encontramos diferencias entre los grupos en sintomatología ansioso-depresiva. Estas diferencias nos indican que los pacientes con cáncer de mama, urológico y de cabeza y cuello presentan más síntomas que las pacientes ginecológicas. También encontramos que las pacientes con cáncer ginecológico tienen mayor calidad de vida en cuanto a bienestar familiar y social que las de mama; y las ginecológicas mayor calidad de vida en cuanto a funcionamiento personal que los pacientes con cáncer urológico. Esto podría explicarse porque la mayoría de las pacientes con cáncer ginecológico acude a la Unidad de Psicología desde el diagnóstico, remitida por su médico, para ser atendida dentro de un programa psicoeducativo establecido. Posteriormente, caso de necesitarlo, reciben terapia individual. Por lo tanto, las pacientes con cáncer ginecológico son las que menos niveles de depresión muestran, pero se debe tener en cuenta que en este caso partimos de antemano con un grupo sesgado.

En cuanto al estudio, ahora sí, de las dimensiones de la personalidad y el diagnóstico oncológico en base a la localización tumoral, encontramos diferencias significativas de interés. Las

pacientes con cáncer ginecológico son menos neuróticas que los pacientes con cáncer de mama, urológico, de pulmón y de cabeza y cuello. Estas pacientes tienden a experimentar menos sentimientos negativos tales como el miedo, la melancolía, la vergüenza, la ira y la culpa, con menos creencias irracionales y más capaces de controlar sus impulsos y mayor capacidad para enfrentarse al estrés. Así mismo tienden a experimentar menos ira, frustración y rencor y como nos indican Costa y McCrae (1990), la expresión de la hostilidad dependerá de la amabilidad, y en el caso que nos ocupa, las pacientes con cáncer ginecológico se muestran más confiadas y altruistas (facetas de la amabilidad) y más amables. Nuevamente recurrimos al hecho de que todas las pacientes son remitidas por su médico para la intervención psicoeducativa grupal para explicar estas diferencias. Uno de los objetivos de este tratamiento es que las pacientes se sientan parte integral del equipo para fomentar la implicación en su mejoría y bienestar tanto físico como emocional, de forma que potencien su actitud activa. Al ser grupal, se establecen relaciones interpersonales en las que el individuo se preocupa activamente por el bienestar de los otros, siendo controlada esta actitud por el psicoterapeuta.

Brevemente destacar las diferencias entre los pacientes con cáncer urológico y cáncer ginecológico en la faceta de cordialidad de la extraversión. En este sentido, estas últimas se mostrarían como más afectuosas y amistosas, y establecen más fácilmente relaciones con otros; sin embargo, los pacientes con cáncer urológico, se mostrarían más formalistas y reservados. Tengamos en cuenta que

los pacientes con cáncer ginecológico son mujeres y en general, los paciente con cáncer urológico son varones (cáncer de próstata), por ello estas diferencias podrían deberse más al hecho de ser varones y mujeres que a la localización tumoral en sí misma.

Indicar también que en cuanto al **estadio del diagnóstico** de la enfermedad oncológica no encontramos diferencias en ninguna de las variables de estudio. Es decir, que el estadio no es un indicador de mayor adaptación psicológica a la enfermedad oncológica en sus distintas modalidades y que no se adaptan mejor aquellos que se encuentran en estadios iniciales de la enfermedad frente a aquellos que se encuentran en un proceso final de la vida. A simple vista y según confirman algunos estudios, los pacientes que se encuentran en estadios más avanzados de la enfermedad (III y IV) presentan una peor sintomatología ansioso depresiva y menor calidad de vida (Kugaya, Akechi, Okuyama, Nakano, Mikami, Okamura, y Uchitomi, (2000). Por otra parte, otros estudios indican que no existen diferencias en la prevalencia de malestar emocional entre mujeres con cáncer de mama en estadio inicial frente a otro grupo con metástasis (Kissane, Grabsch, Love, Clarke, Bloch y Smith, 2004; Reich, Lesur, Perdrizet-Chevallier, 2008). En nuestro estudio tampoco existen tales diferencias y ello podría deberse a que tanto el paciente recién diagnosticado con un buen pronóstico cómo el que está viviendo una recaída de su enfermedad la viven con la misma angustia dado que para cada uno de ellos su situación es igualmente difícil.

Sin embargo, el hecho de estar sometido a algún tipo de **tratamiento médico** anticanceroso sí denota ciertas diferencias. Por una parte, y como cabe esperar los pacientes que están recibiendo tratamiento tienen una peor calidad de vida en su dimensión de bienestar físico. La cirugía oncológica, como la mayoría de las cirugías médicas, es un tratamiento local que perturba un área determinada del organismo afecto por la enfermedad, y por otra parte, aunque es uno de los tratamientos más agresivos para el organismo físico, también está limitado en el tiempo. De hecho, los pacientes oncológicos en general no asumen la cirugía como tratamiento, asignando este término (el de “tratamiento”) solo a la quimioterapia o la radioterapia, debido a que estos últimos son más amenazantes psicológicamente. Así mismo, la radioterapia también es un tratamiento localizado y restringido a una determinada área afecta y bien definida de enfermedad, aunque en muchos casos es un tratamiento más prolongado (que puede ir desde 5 a 45 sesiones) y que exige que el paciente acuda a diario al hospital durante ese periodo determinado de tiempo. Finalmente, el tratamiento oncológico más popular con el que contamos es la quimioterapia. Es uno de los tratamientos más temidos, sistémico y su administración se puede prolongar desde 3-4 meses hasta tratamientos de mantenimiento indefinidos. Nuestros datos parecen indicar que los pacientes que no están en tratamiento activo tienden a buscar más apoyo social como estrategia de afrontamiento que los que sí lo están. En cierto sentido esto podría deberse a que los pacientes en tratamiento, y durante el tiempo que dura dicho tratamiento, se perciben a sí mismos como en

proceso de enfermedad y al sentirse más débiles, con dolor,... tienden a aislarse más, dado que entienden que durante dicho periodo deben permanecer con unas rutinas más restringidas y que el rol de enfermo supone hacer una vida de enfermo asociada a ruptura con las actividades cotidianas, disminución y/o cancelación de las relaciones sociales, etc. De hecho, muchos pacientes se sienten culpables si, estando en periodo de baja laboral por enfermedad realizan actividades de disfrute social o personal.

Por otra parte, estas diferencias las encontramos en las dimensiones de personalidad. Los pacientes en tratamiento activo son más neuróticos (dimensión y faceta de depresión) en cuanto a la experiencia de sentimientos negativos tales como el miedo, la melancolía, la vergüenza, ira, culpa o repugnancia, lo que puede estar relacionado con determinados tratamientos quirúrgicos mutilantes como la cirugía de mama o de cabeza y cuello. También algunos pacientes en sus reflexiones se incluyen a sí mismos como parte activa causante de su propia enfermedad oncológica, sintiéndose culpables de ser o actuar de una determinada manera, o incluso de haber afrontado un acontecimiento pasado con una resolución poco acertada. Los pacientes que se encuentran en tratamiento están más pendientes de sí mismos y de su cuerpo, así como de las reacciones que los tratamientos les producen, y en algunas ocasiones se encuentran excesivamente hipervigilantes. También están más pendientes de condicionar su vida y sus rutinas con respecto a las demandas del tratamiento y hospitalarias, y por lo tanto, en este

sentido viven más dependientes de la enfermedad y más condicionados por ella.

La responsabilidad se describe por Costa y McGrae (2008) como un proceso de autocontrol sobre la planificación, organización y ejecución de tareas. Son voluntariosos, decididos, y con una conducta pulcra. Encontramos pues que los pacientes que están en tratamiento médico son más responsables en cuanto a la competencia, orden y deliberación. Lo que explicaría que el hecho de llevar un tratamiento u otro hace que los pacientes oncológicos sean más conscientes de su propia capacidad y autoeficacia, más organizados y más reflexivos o prudentes.

Uno de los factores que hemos visto que ha sido objeto de algunos estudios a la hora de explicar la aparición de la enfermedad oncológica es la vivencia pasada y/o previa al diagnóstico de la enfermedad de un **acontecimiento vital estresante** (Kune, Kune, Watson y Bahanson, 1991; Cooper y Faragher, 1993). La experiencia subjetiva de haber vivido una infancia infeliz, la falta de satisfacción en la vida adulta y la vivencia de un evento estresante agudo serían más frecuentes en personas con cáncer. También estas personas manifestarían una negación y represión de la ira, un compromiso excesivo con las normas sociales y una falta de asertividad y evitación de conflictos. Por ello, en la entrevista recogimos datos relativos a si los pacientes habían vivido algún acontecimiento traumático muy estresante a lo largo de su vida, es decir, lo que valoramos de forma subjetiva es la percepción que

tienen los pacientes de su experiencia. Como vimos en los resultados el 31% consideró como traumático el diagnóstico de la enfermedad oncológica propia, el 5% consideró la vivencia de otra enfermedad; por otra parte, un 24% afirmó haber vivido conflictos familiares no resueltos (habitualmente durante la crianza y en relación a relaciones paterno-filiales conflictivas), mientras que para el 20% había sido traumática la muerte de un ser querido, y el 5% afirmaba haber sufrido algún tipo de agresión personal bien física o bien psicológica. Kissen (1967) encontró en una muestra de 218 pacientes con cáncer de pulmón (comparada con hombres que no tenían cáncer de pulmón) que dicha enfermedad estaba relacionada con experiencias traumáticas en la infancia (especialmente separación de los padres) y con dificultades en las relaciones interpersonales y maritales en la edad adulta.

En el planteamiento de la presente investigación, ya desde sus comienzos, nos interesó estudiar el **consumo de psicofármacos** en la población oncológica. Como hemos visto, más de la mitad (60%) de los pacientes consumen algún tipo de psicofármaco, y como era de esperar se trata en la mayor parte de los casos de tranquilizantes y antidepresivos. Ng, Boks, Smeets, Zainal, y Wit en 2011 compararon una muestra de 113.887 pacientes con cáncer y 121.395 pacientes en el grupo control sin cáncer y encontraron que el grupo de pacientes de cáncer consumía más psicofármacos (benzodiazepinas, antidepresivos y antipsicóticos) que el control. Aunque la cifra que encontramos en nuestro estudio es

relativamente alta, teniendo en cuenta que la población general ya consume con mayor frecuencia los psicofármacos etiquetados como la “píldora de la felicidad” y, si además de ello le añadimos el estresor de una enfermedad tan impactante y temida como es el cáncer, no nos deberían de extrañar estos resultados. En 2012 aparecieron noticias en diversos medios de comunicación que alertaban del excesivo consumo de psicofármacos (especialmente, ansiolíticos) en la población general. De hecho se estima que el 2,5% de la población española consume ansiolíticos de forma regular y que un 15% lo hace de forma esporádica; aumentando el consumo en España cada año un 7% (Congresos.net, 2012, <http://congresos.net/consumo-excesivo-de-ansioliticos/>). Una posible explicación a esto podría ser el enmarañado en el que se encuentra esta sociedad de bienestar con la escasa tolerancia a la frustración que observamos hoy en día en las personas, la necesidad de obtener beneficios inmediatos y la tendencia a evitar afrontar la realidad inmediata empleando estrategias que permiten la evasión (como por ejemplo el uso inadecuado de las nuevas tecnologías y el consumo excesivo e inadecuado) y la falta de apoyos familiares y sociales (amigos, vecinos, compañeros,...).

Hemos podido comprobar que el tipo de psicofármacos en la población oncológica es bastante repetitivo, ya Derogatis en 1982 (Derogatis, 1982) hizo una clasificación de estos fármacos, también Holland en 1990 (Stiefel, Kornblith, Holland, 1990) y la más reciente de Boch en el 2012 (Boch, Musters, Bos, Schröder, Mourits, y Jong-Van den Berg, 2012). En este último caso, en una investigación

realizada con pacientes cáncer de mama (en tratamiento con hormonoterapia) y comparándolos con pacientes sin cáncer encontró que el consumo de psicofármacos en esta muestra de pacientes con cáncer era de ansiolíticos, hipnóticos, sedantes y antidepresivos. Identificó que los pacientes oncológicos presentaban mayores consumos de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, pero no de antidepresivos. Así mismo, encontró que los antidepresivos en cáncer se emplean por un corto periodo de tiempo.

Nuestros datos nos indican que hay un mayor consumo durante el proceso de la enfermedad, disminuyendo mucho después. Ello nos puede estar indicando, que efectivamente la enfermedad es un estresor muy potente, y que los pacientes recurren a la medicación y los médicos la pautan durante un corto periodo de tiempo. De hecho como hemos visto, casi el 70% de los psicofármacos consumidos son tranquilizantes, y solo un 25% son antidepresivos.

Otro dato particular en el ámbito de la Oncología es el del facultativo que prescribe dicho fármaco. La realidad asistencial se solapa con la realidad de los datos que hemos obtenido, y es que solo en un 13% de los casos estos fármacos son prescritos por un psiquiatra. Por una parte, existen deficiencias en el sistema de salud que hacen que el acceso del paciente al psiquiatra se retrase incluso meses. Por otra parte, dado que una parte importante de los trastornos mentales son adaptativos y circunstanciales, los pacientes ante la inmediatez del acceso al médico de atención primaria y a su equipo oncológico, deciden acudir a estos.

Dentro de los análisis realizados hemos dedicado un apartado a estudiar más en profundidad la relación de distintas variables con el consumo. Como vimos, los pacientes que consumen psicofármacos presentan mayor sintomatología ansiosa, depresiva y somatización, así como una menor calidad de vida en cuanto a su bienestar físico.

También los pacientes que consumen psicofármacos presentan un afrontamiento diferencial con respecto a los que no. Por una parte, utilizan menos el autocontrol y control emocional, lo que nos indica que no buscan recursos para disminuir los estados de ánimo negativos. De hecho, el recurrir (con mayor frecuencia y previo a tratar de resolver el problema con otros recursos) a un especialista que les prescriba dicha medicación podría ser una estrategia de afrontamiento evitativo de su malestar emocional en aquellos pacientes que tienen más dificultades para tolerar sus síntomas. Estaríamos hablando pues de que los pacientes que consumen más psicofármacos emplean estrategias de afrontamiento más centradas en la emoción y menos en el problema (Hernangómez, Vázquez, 2005). Por otra parte, si los que consumen psicofármacos presentan más síntomas ansioso-depresivos, también es lógico esperar que empleen más estrategias de afrontamiento relacionadas con la ansiedad y la preocupación ansiosa y la pasividad y la resignación pasiva.

En el estudio de la personalidad, la única dimensión en la que encontramos diferencias entre los pacientes que consumen psicofármacos y los que no, es en neuroticismo. Aunque esta relación es significativa, nos preguntamos qué ocurre primero: ¿los neuróticos

consumen más psicofármacos?, o ¿los que consumen psicofármacos son más neuróticos? La respuesta a esta pregunta nos permitiría reorientar la psicoterapia para hacer más énfasis en determinados aspectos de la misma en aquellos pacientes obtuvieran mayores puntuaciones en neuroticismo y de esta manera definir el consumo del ansiolítico o antidepresivo como una indicación del facultativo correspondiente en lugar de cómo un recurso de afrontamiento evitativo o una conducta desviada o inadecuada.

El Modelo de los *Big Five* sirve como marco orientativo de las principales ***dimensiones de la personalidad*** y otros aspectos como por ejemplo, la enfermedad (Ibáñez et al., 1993). En este sentido, hemos establecido las relaciones existentes entre personalidad, afrontamiento, sintomatología psicológica y calidad de vida en estos pacientes con una enfermedad oncológica.

El estudio de las relaciones entre personalidad y enfermedad es ya clásico. Uno de los grandes clínicos de París, Trousseau, pensaba que las enfermedades crónicas, mucho más que las epidémicas, necesitaban del estudio de la personalidad del paciente. Identificó factores psicológicos en algunas enfermedades como el hipertiroidismo, diarrea, dispepsia, angina de pecho y asma. La ecuánime descripción de su propio asma es todo un clásico de la medicina descriptiva (Trousseau, 1861).

Cuando analizamos los rasgos de personalidad y las estrategias de afrontamiento tratamos de dar respuesta a lo que cuestionaron Blanco y Rodríguez (2008) con respecto a las

diferencias que se pueden hallar en el empleo de las estrategias de afrontamiento en función de las dimensiones de la personalidad. Encontramos pues que, por una parte, en los pacientes que se muestran más neuróticos (ansiedad y depresión) su afrontamiento al estrés de la enfermedad está más orientado a la ansiedad y preocupación ansiosa, y por otra parte, aquellos pacientes que presentan mayores puntuaciones en neuroticismo (ansiedad, depresión y vulnerabilidad) muestran menor enfrentamiento y lucha activa y autocontrol y control emocional. Así algunas investigaciones apoyan que un alto neuroticismo y el afrontamiento evitativo estarían asociados con una baja calidad de vida y un alto distrés (Aarstad, Beisland, Osthus, y Aarstad, 2011). De esta manera el estudio de las dimensiones de personalidad en enfermos oncológicos nos permitiría enfatizar la intervención en el manejo del distrés y los estilos de afrontamiento. Por otra parte los pacientes que son más extravertidos y que se caracterizan por su asertividad y por las emociones positivas, tienden a manifestar un mayor autocontrol y control emocional buscando los aspectos positivos del proceso de la enfermedad oncológica y minimizando las emociones negativas; tampoco tenderán a la preocupación ansiosa más habitual en los neuróticos.

En cuanto a las relaciones entre las dimensiones de personalidad y la calidad de vida, los pacientes que se manifestaron más neuróticos (que se describían como ansiosos, depresivos y vulnerables) presentaban una mayor sintomatología ansioso-depresiva y un menor bienestar social, familiar y personal. La

literatura nos hace evidente esta relación entre el neuroticismo y una baja calidad de vida en distintas muestras oncológicas. Por ejemplo en un estudio con pacientes con cáncer de cabeza y cuello (Aarstad, Aarstad, Birkhaug, Bru, y Olofsson, 2003; Aarstad, Beisland, Osthus y Aarstad, 2011) encontraron que el neuroticismo se relacionaba con una baja calidad de vida y, que el neuroticismo y el afrontamiento evitativo predecían una baja calidad de vida. En cuanto a la dimensión de extraversión los pacientes oncológicos más extravertidos presentaban menos sintomatología depresiva y una mayor calidad de vida en cuanto a su funcionamiento personal.

Como vimos en el marco teórico, en el siglo XX se planteaba que el estudio de las dimensiones de personalidad nos podía conducir a prever un futuro diagnóstico oncológico, y que aquellos pacientes que tuvieran rasgos de personalidad más sanos padecerían menos cáncer y aquellos que tuvieran rasgos de personalidad más patológicos tendrían una mayor probabilidad de padecer dicha enfermedad (Hagnell, 1966). Actualmente, se entiende que la personalidad no es un agente causal del cáncer, pero sí que está asociada a determinados estilos de vida, que de una manera u otra sí estarían relacionados con la génesis o progresión de la enfermedad. Algunos estudios (Dahl, 2010) indican relaciones entre el neuroticismo y una menor supervivencia y una baja calidad de vida (distrés, fatiga,...).

Un aspecto que nos interesa en este tipo de pacientes (ya estudiamos al comienzo de este trabajo las teorías del afrontamiento

de Lazarus y del esquema de supervivencia de Greer y Moorey) es el que está relacionado con su valoración de la situación de enfermedad y las **estrategias de afrontamiento** que por ende se harán evidentes durante dicha experiencia vital. Como apunta Vallejo (Vallejo y Ortega, 2007) “el modo en el que el paciente vive su enfermedad es determinante y el ajuste de sus recursos a su medio psicosocial aconseja una intervención individualizada para él”. En este estudio se encontró que aquellos pacientes que emplean el *enfrentamiento y la lucha activa* ante la situación de enfermedad presentan una mayor calidad de vida en cuanto al bienestar familiar y social y al funcionamiento personal y sufrirán menos sintomatología ansiosa y depresiva. Otra estrategia de afrontamiento que conduce a un mayor confort psicológico en cuanto a no manifestar sintomatología ansioso-depresivo es la del autocontrol y control emocional. Los pacientes en los que predomina como estrategia de afrontamiento la búsqueda de apoyo social tendrán una mayor calidad de vida en relación con el apoyo social y familiar, es decir que aquellas personas que movilizan sus recursos en la búsqueda de apoyo afectivo y físico proveniente de otras personas encuentran satisfecha esta faceta de su vida.

De otra parte tenemos las estrategias de afrontamiento que se relacionan con un mayor sufrimiento psicológico. Hemos visto como los pacientes que se enfrentan a la enfermedad con una *ansiedad y preocupación ansiosa*, por lo tanto tienen una mayor ansiedad, depresión y somatización y una menor calidad de vida en cuanto a su bienestar físico y personal. Por otra parte, el hecho de afrontar con

*pasividad y resignación pasiva* no se relaciona ni positiva ni negativamente con la sintomatología psicológica. Y finalmente los que utilicen estrategias de *huída y distanciamiento*, en su intento por lograrlo sufrían mayor ansiedad y depresión y tendrán menor calidad de vida en cuanto al bienestar físico.

Actualmente se aborda la **resiliencia** desde la Psicología Positiva, entendiéndola como la capacidad de afrontar la adversidad saliendo fortalecido; se trataría pues de personas que tiene mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés y mayor percepción de control frente a los acontecimientos. Así, Oscar Chapital C. (2010) define la resiliencia como *la capacidad que tiene un individuo de generar factores biológicos, psicológicos y sociales para resistir, adaptarse y fortalecerse, ante un medio de riesgo, generando éxito individual, social y moral.*

Las relaciones entre personalidad y resiliencia se establecen por algunos autores, y así Soriano y cols. (2010) en el estudio del dolor, tomaron los perfiles de la personalidad agrupando a los individuos por semejanza en los cinco factores y encontraron un grupo (que denominan no resiliente) caracterizado por alto neuroticismo, alta introversión, baja apertura, moderada amabilidad y baja responsabilidad, que a su vez obtuvieron mayor sintomatología (mayor toma de analgésicos, peor calidad de sueño, menos horas de sueño, así como un menor empleo de la estrategia de autoafirmación). El planteamiento que podríamos considerar es la existencia de un perfil de personalidad resiliente entre los pacientes

con patología dolorosa, a la vez que un perfil de personalidad vulnerable (se caracteriza por un alto neuroticismo, baja extraversión, moderadamente baja amabilidad y baja responsabilidad) en los pacientes con patología oncológica. Los pacientes con este perfil de personalidad vulnerable se adaptarán peor en cuanto al sufrimiento de mayor sintomatología ansiosa, depresiva y somatización, menor calidad de vida (bienestar físico y bienestar social y familiar) y estrategias de afrontamiento más desadaptativas (menor uso estrategias adecuadas de enfrentamiento y lucha activa, autocontrol y control emocional y búsqueda de apoyo emocional; y mayor uso de estrategias inadecuadas de ansiedad y preocupación ansiosa). Por lo tanto, con estos datos podemos apoyar la tesis de que el neuroticismo, la baja extraversión, baja apertura y baja responsabilidad actúan como factores de riesgo en la adaptación a la enfermedad oncológica.

Una de las cuestiones que podemos destacar en esta discusión es que la literatura existente (Kavan, Engdahl y Kay, 1995) utiliza dos modelos explicativos del cáncer: (a) Modelo de relación Enfermedad-Hostilidad y su relación con el modelo biopsicosocial causal del cáncer y (b) el Modelo de Conductas de Salud. El Modelo de Hostilidad-Enfermedad mantiene que las personas hostiles están expuestas con mayor frecuencia a episodios de ira y con más frecuencia se encuentran en un estado de observación vigilante de su medio social. Esta ira y vigilancia pueden altear el sistema inmune y provocar una elevación de las respuestas neuroendocrinas y la inmunosupresión asociada. Así el organismo queda vulnerable a la

acción de los virus latentes oncogénicos, recientemente transformados en células cancerígenas y otros procesos patológicos. Greer y Watson, centrándose en los modelos biopsicosociales causantes del cáncer, hipotetizaron que el desarrollo del cáncer es un proceso multiestado que empieza por la presencia de un código genético inusual en el DNA (el oncogen). A partir de ahí, los procesos homeostáticos del organismo (entre los que se encuentran los factores psicológicos) pueden influir en el desarrollo del cáncer. En este sentido hemos visto en este estudio como un alto neuroticismo (y su faceta de hostilidad) estaba relacionada con una peor adaptación a la enfermedad. El Modelo de Conductas de Salud establece que las personas hostiles pueden presentar un riesgo incrementado de desarrollar la enfermedad debido a sus hábitos cotidianos, presentando más riesgo de consumo de alcohol y tabaco, menor actividad física y menores conductas de autocuidado. También vimos por tanto que los pacientes que puntuaban alto en neuroticismo tenían menor calidad de vida y empleaban estrategias de afrontamiento menos adaptativas. Esto podría estar relacionado con determinadas conductas de riesgo, como el mayor uso de psicofármacos como forma de evadirse de una realidad que piensan que no pueden manejar.

Así llegamos a la parte final de nuestra investigación aportando que efectivamente existe un **patrón de personalidad** en los pacientes oncológicos que está relacionado con una mejor adaptación a la enfermedad. De esta manera hemos denominado perfil de personalidad resistente a aquellos pacientes que se

caracterizan por un moderado neuroticismo, moderadamente baja extraversión, moderadamente alta amabilidad y moderadamente baja responsabilidad. Por otra parte los pacientes con un patrón de personalidad vulnerable (alto neuroticismo, baja extraversión, moderadamente baja cordialidad y baja responsabilidad) consumen más psicofármacos, tienen una peor calidad de vida en todos sus factores (físico, social y familiar y personal) y emplean estrategias de afrontamiento desadaptativas centradas en la ansiedad y la preocupación ansiosa.

Como vimos en la introducción de este trabajo, ha habido intentos de obtener una personalidad proclive a la enfermedad. La personalidad tipo C está caracterizada en los distintos modelos teórico que vimos, de manera explícita por una *inadecuada o inexistente expresión de las emociones negativas* (Greer y Watson, 1985; Levy y Wise, 1988). Sin embargo, como apunta Andreu (1998), los tipos de personalidad A, B y C, según los autores se podrían ubicar en un continuo, en el que el tipo A y el tipo C serían los peor parados. En este sentido, el tipo C, que nos ocupa afrontaría la enfermedad con una represión emocional que se podría caracterizar según hemos visto en los resultados obtenidos en cuanto a las dimensiones de personalidad del perfil vulnerable con una baja extraversión y un alto neuroticismo. Contrada, Levental y O'Leary (1990) abogan también por una personalidad que se manifiesta con un estilo de evitación emocional y resignación. En este sentido, el paciente que hemos visto en nuestro estudio con un perfil de personalidad vulnerable, también actuaría de forma más pasiva en su

afrontamiento, lo que también estaría relacionado con un menor intento de modificar sus emociones, una menor búsqueda de apoyo emocional y una mayor preocupación ansiosa. En este sentido el perfil de vulnerabilidad que hemos encontrado en este estudio también nos confirma un mayor consumo de psicofármacos, lo cual podría relacionarse en el patrón de personalidad tipo C con dicha represión emocional a través de la evitación química de las mismas.



## **CONCLUSIONES**



## **7. CONCLUSIONES**

Son muchos los datos que se han manejado en el presente trabajo de investigación de tesis doctoral. Con la intención de proporcionar una visión breve y resumida de los hallazgos, sintetizamos lo anteriormente expuesto en las siguientes líneas. Partiremos previamente de un caldo de cultivo bien establecido en el que se encuentran como ingredientes principales la enfermedad oncológica, las dimensiones básicas de la personalidad, las estrategias de afrontamiento, la calidad de vida y la sintomatología ansioso-depresiva. Como se ha comentado en la justificación de este trabajo se trata de establecer el inicio de una línea de investigación, de forma que podamos ahora dar respuesta a si existen relaciones entre las variables señaladas para poder establecer en el futuro cómo son estas relaciones y de qué manera interactúan.

En primer lugar, existe un alto porcentaje (68%) de pacientes oncológicos que acuden a la Unidad de Psicología que presentan trastornos mentales, principalmente trastornos adaptativos del estado de ánimo. Este dato nos indica que los pacientes atendidos en las consultas de Psicología presentan en general niveles elevados de malestar emocional (distrés). Al margen de ello, también podría hacernos plantearnos que el tratamiento de los mismos debería ser diferencial en función no solo de la cualidad sino también de la intensidad de la problemática. Por ello, se podrían establecer

tratamientos psicoterapéuticos preventivos en aquellos pacientes que presenten niveles de malestar moderados que pudieran evitar el desarrollo de futuros trastornos mentales.

Determinadas características de los pacientes nos indican una menor adaptación. En este sentido, destaca que la mujeres (versus los hombres) presentan mayores puntuaciones en somatización, mayor pasividad y resignación; aunque también mayor extraversión y mayor amabilidad. Por el contrario, los hombres se mostrarían más hostiles. Nuevamente la intervención debería programarse pues de forma diferencial en función del sexo de los pacientes.

Por otra parte, la edad también nos indica diferencias. Los pacientes jóvenes consumen más psicofármacos que los medianos y los mayores. Nos podríamos plantear pues que los pacientes oncológicos más jóvenes tienen una menor tolerancia a la frustración a las emociones negativas y por ello recurren antes a los psicofármacos. Por otra parte, los jóvenes utilizan más la estrategia de búsqueda de apoyo social y los mayores más la resignación. En este sentido podríamos plantearnos que los pacientes mayores responden más a la descripción de la personalidad tipo C basada en la pasividad.

Finalmente, en este sentido el nivel de estudios nos indica diferencias claras en función del mismo, encontrando que la formación se relaciona positivamente con una mejor adaptación. En este sentido, encontramos que los pacientes con estudios primarios emplean menos el afrontamiento de búsqueda de apoyo social y más

la pasividad y resignación, que son menos asertivos (extraversión), presentan menos apertura a la experiencia y menor necesidad de logro (responsabilidad). En definitiva, el nivel de estudios funciona como un protector en la adaptación a la enfermedad.

Un porcentaje también alto de estos pacientes (60%) consumen psicofármacos (principalmente ansiolíticos y antidepresivos) durante el proceso de la enfermedad, aunque el consumo es mayor al inicio y desciende notablemente tras la enfermedad. Este consumo está relacionado con un patrón de personalidad vulnerable caracterizado por alto neuroticismo, baja extraversión, moderadamente baja amabilidad y baja responsabilidad.

En las relaciones entre las dimensiones de la personalidad y las estrategias de afrontamiento nos encontramos con que los pacientes oncológicos que manifiestan unas estrategias de afrontamiento más inadecuadas (fundamentalmente ansiedad y preocupación ansiosa) son aquellos que obtienen altas puntuaciones en neuroticismo. En este sentido, por lo tanto, los pacientes neuróticos presentan una peor adaptación a la enfermedad (con mayores puntuaciones en ansiedad, depresión y somatización) y una peor calidad de vida en cuanto al bienestar social y familiar y al funcionamiento personal.

La localización del diagnóstico oncológico no nos indica diferencias significativas en cuanto a la adaptación de los pacientes. Los resultados que hemos manejado nos indican diferencias en este sentido entre las pacientes con cáncer ginecológico y otros

diagnósticos como el cáncer de pulmón, cabeza y cuello, urológico y mama. Pero como ya comentamos en la discusión, la muestra de pacientes con cáncer ginecológico estaría sesgada puesto que la mayoría de estas pacientes acuden a la Unidad de Psicología para ser remitidas a un programa de intervención psicoeducativo.

Otros datos relacionados con la enfermedad oncológica son los relativos al estadio. En este sentido, destacar que no hemos encontrado diferencias en cuanto a la adaptación psicológica teniendo en cuenta como criterio de comparación el estadio de la enfermedad. Por tanto los pacientes viven con la misma angustia, percepción de amenaza, percepción de falta de control,... (o todo lo contrario en cuanto a que la experimentan con serenidad y optimismo) la enfermedad al margen de su gravedad.

Finalmente destacar que en nuestra muestra de estudio con pacientes oncológicos que acuden a una Unidad de Psicología, hemos encontrado dos perfiles de personalidad: perfil “vulnerable”, caracterizado por alto neuroticismo, baja extraversión, moderadamente baja amabilidad y baja responsabilidad; y el perfil que podemos denominar con reservas con el apelativo de “resistente”, caracterizado por puntuaciones menos límites con un moderadamente alto neuroticismo, moderadamente baja extraversión, moderadamente alta amabilidad y moderadamente baja responsabilidad.

Los pacientes oncológicos con un perfil de personalidad vulnerable presentaran mayor sintomatología ansioso-depresiva,

menor calidad de vida y estrategias de afrontamiento más desadaptativas.

Por lo tanto, el hecho de estudiar las dimensiones de la personalidad en los pacientes oncológicos, no se plantea tanto como un precursor de la enfermedad, sino como un facilitador de la adaptación a la misma. En este sentido, comprender los procesos de personalidad y sus relaciones con la salud podrían permitirnos facilitar la identificación de aquellos individuos que se beneficiaran más de unos programas u otros o que necesitan mayores esfuerzos y atención por parte de los médicos y los psicólogos. Este estudio no es más que el comienzo de una línea de investigación más ambiciosa pero que ha de comenzar dando respuesta a cuestiones sencillas pero fundamentales para iniciar un trabajo bien hecho.



## **LIMITACIONES**



## **8. LIMITACIONES**

En primer lugar, debemos tener en cuenta que la presente investigación se trata de un estudio descriptivo de una muestra de pacientes oncológicos. Cabe decir que la tesis doctoral que aquí se presenta abre una línea de investigación que mediante este trabajo da sus primeros pasos.

El hecho de ser un diseño descriptivo transversal implica que tampoco podemos hacer comparaciones entre muestras independientes de pacientes, ni saber si han sufrido cambios (se esperaría que positivos) en función de una intervención determinada. En este sentido, un objetivo futuro implica delimitar para qué tipo de pacientes, qué tipo de intervenciones son más efectivas.

Por otra parte, debemos tener en cuenta que la muestra no ha sido aleatorizada, dado que se ha incluido a todos los pacientes que acudían consecutivamente a la Unidad de Psicología.

Una de las limitaciones de nuestro estudio, en cuanto a los instrumentos de evaluación empleados, a pesar de que los manuales describen índices de fiabilidad y validez adecuados, en nuestra muestra no lo son tanto. Por lo tanto, algunos de los resultados obtenidos han sido interpretados con reserva.

Si como se ha comentado, este trabajo es el inicio de una línea de investigación, ¿cuáles son los siguientes pasos? Se plantea pues

que existe mucho trabajo por hacer, y que algunas de las cuestiones a las que se debería dar respuesta en el futuro son:

- Estudiar con una muestra más amplia los índices de fiabilidad de los instrumentos para valorar si son fiables o no en pacientes oncológicos. Haciendo especial hincapié en la evaluación del afrontamiento para determinar si nuestro instrumento es fiable (CAEPO). Así mismo, se está aplicando en este momento la evaluación de la personalidad mediante la forma breve del NEO-PI-R (NEO-FFI).
- Plantear un estudio experimental para determinar si existen relaciones causales entre las dimensiones de personalidad la adaptación a la enfermedad.
- Diseñar igualmente una investigación que nos permita dar respuesta a la cuestión de si un perfil determinado de personalidad se beneficiará más de un determinado tratamiento psicológico.

## **REFERENCIAS**



## 9. REFERENCIAS

- Aarstad, H. J., Aarstad, A. K., Birkhaug, E. J., Bru, E., y Olofsson J. (2003). The personality and quality of life in HNSCC patients following treatment. *Eur J Cancer*, 39(13):1852-60.
- Aarstad H.J., Aarstad A.K., Olofsson J. (2008). Personality and choice of coping predict quality of life in head and neck cancer patients during follow-up. *Acta Oncologica*, 47(5), 879-890.
- Aarstad, A. K. H., Beisland, E., Osthus, A. A., y Aarstad, H. J. (2011). Distress, quality of life, neuroticism and psychological coping are related in head and neck cancer during follow-up. *Acta Oncol*, 50, 390-398.
- Andreu, Y. (1998). Algunas consideraciones conceptuales y metodológicas en la investigación sobre el patrón de conducta Tipo C. *Análise Psicológica*, 4(16), 569-579.
- Blanco Picabia, A., y Rodríguez Franco, L. (2008). La Psicología Clínica: Una reflexión. *Análisis y Modificación de Conducta* 34(150-151), 291-304.
- Bobes, J., Garcia-Portilla, M., Bobes-Bascaran, M., Parellada, M., Bascaran, M., Saiz, P. A., Bousoño, M., y Arango, C. (2012). The state of psychiatry in spain. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 347-355.  
doi:<http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2012.691090>

Boch G. H., Musters R. F., Bos H. J., Schröder C. P., Mourits M. J. E., y Jong-Van den Berg L. T. W. (2012). Psychotropic medication during endocrine treatment for breast cancer. *Support Care Cancer* 20, 1533-1540.

Breitbart, W., y Alici, Y. (2012). Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1206-1214.

Cankurtaran, E. S., Ozalp, E., Soygur, H., Akbiyik, D. I., Turhan, L. y Alkis, N. (2008). Mirtazapine improves sleep and lowers anxiety and depression in cancer patients: superiority over imipramine. *Support Care Cancer*, 16(11), 1291-8.

Cardenal, V., Cerezo, M.V., Martínez, J., Ortiz-Tallo, M., y Blanca, M.J. (2012). Personality, emotions and coping styles: predictive value for evolution of cancer patients. *The Spanish Journal of Psychology* 15(2), 756-767.

Cattell, R. B. (1943). The description of personality. I. Foundations of trait measurement. *Psychological Review*, 50, 559-594.

Chakroun, N., Doron, J., y Swendsen, J. (2004). Substance use, affective problems and personality traits: association models. *L'Encephale*, 30(6), 564-569.

Chapital O. C. (2010) citado en Wikipedia, [http://es.wikipedia.org/wiki/Resiliencia\\_\(psicolog%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Resiliencia_(psicolog%C3%ADa)).

- Contrada, R. J., Leventhal, H., y O'Leary, A. (1990). Personality and Health. En Pervin L. A. (Ed.), *Handbook of Personality* (págs. 638-670). New York: The Guilford Press.
- Cooper, C. L., y Faragher, E. B. (1993). Psychosocial stress and breast cancer: The inter-relationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychological Medicine*, 23(3), 653-662.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1980). Still stable after all these years: Personality as a key to some issues in adulthood and old age. En P. B. Baltes, P. B. y Brim, O. G. (Eds): *Life Span Development and Behavior* (vol. 3). New York: Academic Press.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1985). *The Neo Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 653-665.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (2008). *NEO-PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Cullivan, R., Crown, J., y Walsh, N. (1998). The use of psychotropic medication in patients referred to a psycho-oncology service. *Psycho-oncology*, 7, 301-306.
- Dahl, A. A. (2010). Link between personality and cancer. *Future Oncol*, 6(5), 691-707.

- Dapueto, J. J., Francolino, C., Servente, L., Chang, C-H., Gotta, I., Levin, R., y Abreu, M. C. (2003). Evaluacion of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) Spanish Version 4 in South America: classic psychometric and item response theory analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 32.
- Dattore, P. J., Shontz, F. C., y Coyne, L. (1980). Premorbid personality differentiation of cancer and noncancer groups: A test of the hypothesis of cancer proneness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(3), 388-394.
- David, J. D., y Suls, J. (1999). Coping efforts in daily life: role of big five traits and problem appraisals. *Journal of Personality*, 67, 265-294.
- Derogatis, L. R. (1982). Psychopharmacologic Applications to Cancer. *Cancer*, 50(Suppl), 1962-1967.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., y Fetting, J. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249, 751-757.
- Derogatis, L. R. (2000). *The Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18): administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: National Computer Systems.

Durá, E. (1994). El sistema afectivo-motivacional: El Modelo de los Cinco Factores. En Sánchez-Cánovas, J. y Sánchez López, P., *Psicología Diferencial: Diversidad e Individualidad Humanas*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.

Durá, E., y Sánchez-Cánovas, J. (1999). Sistema emocional y diversidad humana. En Sánchez-Cánovas, J. y Sánchez López, P., *Psicología de la Diversidad Humana*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.

Eysenck, H. J. (1970). *The biological basis of personality*. New Jersey: Transaction publishers.

Eysenck, H. J. (1984). *Lung cancer and stress personality inventory*. Oxford: John Wiley & Sons.

Eysenck, H. J. (1985). Personality, cancer and cardiovascular disease: a causal analysis. *Personality and individual differences*, 6(5), 535-556.

Eysenck, H. J. (1987). Personality as a predictor of cancer and cardiovascular disease, and the application of behaviour therapy in prophylaxis. *The European Journal of Psychiatry*, 1(1), 29-41.

Eysenck, H. J. (1989). *Emotion, personality and stress as determinants of disease*. Amsterdam: Gordon and Breach Publishers.

- Eysenck, H. J. (1990). The prediction of death from cancer by means of personality/stress questionnaire: too good to be true? *Perceptual and Motor Skills*, 71, 216-218.
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Arndt, L.A., y Pasnau, R.O. (1995) Critical Review of Psychosocial Interventions in Cancer Care. *Archives of General Psychiatry*, 52(2), 100-113.
- Fisher, S. M. *Personality characteristics and breast cancer*. (Order No. AAM9432513, *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 2646.
- Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología*, 61, 41-50.
- Galdón, M. J., Durá, E., Andreu, Y., Ferrando, M., Murgui, S., Pérez, S., & Ibañez, E. (2008). Psychometric properties of the brief symptom inventory-18 in a spanish breast cancer sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 533-539. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.05.009>
- Gibert, J. (2006). Antidepresivos, dolor y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 107-120.
- Gil Moncayo, F. L., Costa Requena, G., Pérez, F. J., Salamero, M., Sanchez, N., y Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 130(3), 90-92.

- Goldberg, L. R. (1981). Lenguaje and individual differences: The search for universals in personality lexicons. En Wheeler, L. (Ed).: *Review of Personality and Social Psychology* (pp.141-165). Beverly Hills, CA: Sage.
- González Martínez, M. T. (2004). *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Greer, S., y Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: Psychological considerations. *Social Science and Medicine*, 20, 773-777.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H. J. (1990). Personality, smoking, and alcohol as synergistic risk factors for cancer of the mouth and pharynx. *Psychological Reports*, 67, 1024-1026.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J. y Vetter, H. (1988). Personality type, smoking habit and their interaction as predictors of cancer and coronary heart disease. *Personality and Individual Differences*, 9, 479-495.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J., Pfeifer, A., Schmidt, P., y Koppel, G. (1997). The specific action of different personality risk factors on cancer of the breast, cervix, corpus uteri and other types of cancer: A prospective investigation. *Personality and Individual Differences*, 23(6), 949-960.

- Guerra Viadero, M.L. (2003). La Psicología Oncológica en España: un análisis bibliométrico de las publicaciones en español. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la Salud*, 3(2), 371-380.
- Hagnell, O. (1966). The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125(3), 846-855.
- Hällström, T., y Noppa, H. (1981). Obesity in women in relation to mental illness, social factors and personality traits. *Journal of Psychosomatic Research*, 25(2), 75-82.
- Hernangómez, L., y Vázquez, C. (2005). Estrategias para regular la tristeza: diferencias entre una muestra clínica y una muestra control en el Inventario de Afrontamiento de la Depresión (CID). *EduPsykhé*, 4(2), 149-178.
- Holland, J.C. (1998). *Psycho-oncology*. New York: Oxford Press University.
- Holland, J.C., Morrow, G.R., Schmale, A., Derogatis, L., Stefanek, M., Berenson, S., Carpenter, P., Breitbart, W., y Feldstein, M. (1991). A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *Journal of Clinical Oncology*, 9, 1004-1011.

- Ibáñez, E. (1989). Psicología oncológica: Un panorama a vuelapluma. En Echeburúa E. (Dir.), *El estrés: Problemática psicológica y vías de intervención*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Ibáñez, E. (1990). Estilos de vida y enfermedad. Historia y vicisitudes de un concepto. En Ibáñez, E. (Ed.): *Psicología de la salud y estilos de vida* (pp. 11-20). Valencia: Promolibro.
- Ibáñez, E. (1996): Breve Historia de la Psicooncología. En Usieto, R.(Ed): *Prevención y Tratamiento Oncológico del Cáncer de Mama* (pp.91-115). Madrid: CESA.
- Ibáñez, E., Andreu, Y. y Durá, E. (1993). Personalidad y Salud. En Zumalabe J. M. y Maganto C. (Dirs.): *Tendencias actuales en el estudio y evaluación de la personalidad*. San Sebastian: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Ibáñez, E., Romero, R., y Andreu, Y. (1993). Personalidad tipo C. Una revisión crítica. En Páez Rovira, D. (Ed.): *Salud, Expresión y Represión Social de las emociones* (pp.255-283). Valencia: Promolibro.
- Ibáñez, E. y Soriano, J. (2008). Intervención Psicológica en enfermos con cáncer: Planteamientos del presente, deseos de futuro. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34, 259-290.

- Jaeger, H., Morrow G. R., Carpenter P. J., y Brescia, F. (1985). A survey of psychotropic drug utilization by patients with advanced neoplastic disease. *Gen Hosp Psychiatry*, 7(4):353-60.
- Kavan, M. G., Engdahl, B. E. y Kay, S. (1995). Colon cancer: Personality factors predictive of onset and stage of presentation. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(8), 1031-1039.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Bloch, S. y Smith, G. C. (2004). Psychiatric disorder with early state and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 320-326.
- Kissen, D. M. (1967). Psychosocial factors, personality, and lung cancer in men aged 55-64. *British Journal of Medical Psychology*, 40(1), 29-42.
- Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Nakano, T., Mikami, I., Okamura, H., Uchitomi, Y. (2000). Prevalence, predictive factors and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, 88(12), 2817-2823.
- Kune, G. A., Kune, S., Watson, L. F., y Bahanson, C. B. (1991). Personality as a risk factor in large bowel cancer: data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Psychological Medicine*, 21(1), 29-41.

- Lai, B. P., Tang, C. S., y Chung, T. K. (2010). A prospective longitudinal study investigating neuroticism and mastery as predictors of quality of life among Chinese gynecologic cancer survivors. *Quality of Life Research*, 19(7), 931-941.
- Lapp, J. E. (1984). Psychotropic drug and alcohol use by Montreal college students: Sex, ethnic and personality correlates. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 30(1), 18-26.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1,141-169.
- León, C., Jovell, E., Morapeix, R., Arcusa, A., y Blasco, T. (2012). Factores predictores de solicitud de ayuda psicológica en los meses inmediatos al diagnóstico oncológico. *Psicooncología* 9(2-3), 289-298.
- Leshan, L. L., y Worthington, R. E. (1956). Personality as a factor in the pathogenesis of cancer. A review of the literature. *British Journal of Medical Psychology*, 29, 49-55.

- Levendel, L., Mezei, A., Erdély, E., y Litvai, G. (1975). Contributions to the study of the personality characteristics of lung-cancer patients. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychoanalyse*, 21(3), 270-283.
- Levy, S. M., Herberman, R. B., Maluish, A.M., Schlien, B., y Lippman, M.. (1985). Pronostic risk assessment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. *Health Psychology*, 4(2), 99-113.
- Levy, S. M., y Wise, B. D. (1988). Psychosocial risk factors and cancer progression. En Cooper C. L. (Ed.), *Stress and breast cancer*. New York: John Wiley & Sons.
- Li, M., Fitzgerald, P., y Rodin, G. (2012). Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1187-1196.
- Lin, J-Y., Wang, M-S., Dong, L-P., Xu, D-W., Wang, Y., Li, X-L., Li, X-M. (2012). Influence of personal character on quality of life of patients with esophageal cancer in North Henan province and influencing factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 13(11), 5415-5420.
- Martínez, P., Galdón, M. J., Andreu, Y., e Ibáñez, E. (2013). The distress thermometer in Spanish cancer patients: convergent validity and diagnostic accuracy. *Supportive Care Cancer*, 21(11), 3095-3102.

Moorey, S., y Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer: a new approach*. Oxford: Heinemann Medical Books.

Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Baruch, J., Robertson, B., Mason, A., Rowden, L., Tunmore, R., Law, M., y Bliss, J. (1993). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcomes at one year. *Psycho-oncology*, 3, 39-46.

Morales Vallejo, P. (2012). *El tamaño del efecto (effect size): análisis complementarios al contraste de medias*. Recuperado de <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oDelEfecto.pdf> Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Moussas, G. I., Papadopoulou, A. G., Christodoulaki, A. G., y Karkanias, A. P. (2010). Psychological and psychiatric problems in cancer patients: relationship to the localization of the disease. *Psychiatrike*, 23(1), 46-60.

Ng, C. G., Boks, M. P., Smeets, H. M., Zainal, N. Z., y Wit N. J. (2013). Prescription patterns of psychotropic drugs in cancer patients; a large population study in the Netherlands. *Psycho-oncology*, 22(4), 762-767.

Reich, M., Lesur, A., Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research Treatment*, 110(1), 9-17.

- Reznikoff, M. (1955). Psychological factors in breast cancer; a preliminary study of some personality trends in patients with cancer of the breast. *Psychosomatic Medicine*, 17, 96-108.
- Rocha-Cadman, X., Massie, M. J., y Du Hamel, K. (2012). Aromatase inhibitors and mood disturbances. *Palliat Support Care*, 10(3), 225-227.
- Rhodes, R. E., Courneya, K. S., y Bobick, T. M. (2001). Personality and exercise participation across the breast cancer experience. *Psycho-oncology 2001*, 10(5), 380-388.
- Soriano Pastor, J. F., Monsalve Dolz, V., Ibáñez Guerra, E., y Gómez Carrero, P. (2010). Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible. *Psicothema*, 22, 537-542.
- Stiefel F. C., Kornblith A. B., y Holland J. C. (1990). Changes in prescription patterns of psychotropic drugs for cancer patients during a 10-year period. *Cancer*, 65, 1048-1053.
- Suls, J., David, J. P., y Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64, 711-735.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6(3), 545-567.
- Temoshok, L., y Dreher, H. (1992). *The Type C connection*. New York: Random House.

Traeger, L., Greer, J. A., Fernandez-Robles, C., Temel, J. S., y Pirl, W. F. (2012). Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1197-1205.

Trousseau, A. (1861). *Clinique Médicale*, Vol. 1, p. 516. París.

Vallejo, M. A., y Ortega, J. (2007). La utilización del mindfulness en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 4(1), 35-41.

Van der Ploeg, H. M. (1991). What a wonderful world it would be: a reanalysis of some of the work of Grossarth-Maticek. *Psychological Inquiry*, 2, 280-285.

Van Loon, A. Jeanne M., Tjihuis, M., Surtees, P. G., & Ormel, J. (2001). Personality and coping: Their relationship with lifestyle risk factors for cancer. *Personality and Individual Differences*, 31(4), 541-553.

Watson, M. (1988). Breast cancer: Psychological Factors Influencing Progression. En Cooper (Ed.): *Stress and Breast Cancer*. New York: John Wiley & Sons Ltd.

Wikipedia,

[http://es.wikipedia.org/wiki/Resiliencia\\_\(psicolog%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Resiliencia_(psicolog%C3%ADa))



# **ANEXOS**



## **10. ANEXOS**

### **10.1. Hoja de Información al Paciente y Consentimiento informado**

#### **HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE**

Se le ofrece la posibilidad de participar en el estudio de investigación titulado "Dimensiones de personalidad, afrontamiento y adaptación en pacientes oncológicos" que está siendo realizado por D<sup>a</sup> Ana García-Conde, psicooncóloga en la Fundación IVO.

Antes de que decida participar en este estudio, es importante que comprenda por qué se realiza el estudio y qué se espera de usted, así como los beneficios e inconvenientes que puedan estar asociados con su participación en este estudio.

#### **¿Cuál es el objetivo de este estudio?**

Los objetivos generales del estudio son los siguientes:

Realizar un análisis de las características psicológicas (personalidad, afrontamiento y adaptación) de las personas diagnosticadas de cáncer que reciben asistencia psicológica en este hospital.

#### **¿Por qué se le ha pedido que participe?**

Porque de esta manera se podrá realizar el estudio de estas características y es usted paciente de este hospital.

#### **¿En qué consiste su participación?**

La participación en el presente estudio tiene carácter voluntario y no supone ninguna alteración del tratamiento médico ni seguimiento que esté llevando en el hospital. Su participación en el estudio permitirá obtener los datos necesarios para conseguir el objetivo del estudio.

Se le solicita permiso para poder acceder a sus datos clínicos y a utilizarlos con la finalidad investigadora que se aquí se le propone.

**¿Cuáles son los riesgos generales de participar en este estudio?**

No se prevé ningún riesgo para usted por participar en el presente estudio.

**¿Cuáles son los beneficios de la participación en este estudio?**

Ni usted ni el investigador principal recibirán ninguna remuneración económica por la realización del presente estudio.

**¿Qué pasará si decido no participar en este estudio?**

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. En caso de que decida no participar en el estudio, esto no modificará el trato y seguimiento que de su enfermedad realicen ni su médico ni el resto del personal sanitario que se ocupa de su enfermedad. Asimismo, podrá retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones, y sin que esto repercuta en los cuidados médicos.

**¿A quién puedo preguntar en caso de duda?**

Podrá solicitar cualquier explicación que desee sobre cualquier aspecto del estudio y sus implicaciones a lo largo del mismo contactando con la psicóloga D<sup>a</sup> Ana García-Conde en el teléfono 961114033.

**Confidencialidad:**

Todos sus datos, así como toda la información médica relacionada con su enfermedad serán tratados con absoluta confidencialidad por parte del personal encargado de la investigación. Los datos serán codificados y anonimizados. Asimismo, si los resultados del estudio fueran susceptibles de publicación en revistas científicas, en ningún momento se proporcionarán datos personales de los pacientes que han colaborado en esta investigación.

Tal y como contempla la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, podrá ejercer su derecho a acceder, rectificar o cancelar sus datos contactando con el investigador principal de este estudio.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **TÍTULO DEL ESTUDIO: “DIMENSIONES DE PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”.**

Y cuya investigadora principal es: D<sup>a</sup> Ana García-Conde, psicóloga de la Fundación IVO.

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ he sido informado personalmente por D<sup>a</sup> Ana García-Conde, y declaro que:

- He leído la Hoja de Información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que todos mis datos serán tratados confidencialmente, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y los datos serán codificados y anonimizados.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - Cuando quiera.
  - Sin tener que dar explicaciones.
  - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio sobre “Dimensiones de personalidad, afrontamiento y adaptación en pacientes oncológicos” y consiento expresamente a que el personal investigador pueda acceder a mis datos personales y de salud.

Fecha:

Fecha:

Firma del paciente:

Firma del Investigador:

## 10.2. Instrumentos de evaluación

### ENTREVISTA - ANAMNESIS

NHC: \_\_\_\_\_ (NHPsicol: \_\_\_\_\_)

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### HISTORIA ONCOLÓGICA

Fecha diagnóstico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Estadio: \_\_\_\_\_

Tratamientos: \_\_\_\_\_

Otros procesos oncológicos (recaídas): \_\_\_\_\_

### HISTORIA PSICOLÓGICA

Fecha de 1ª visita: \_\_\_\_\_

Motivo:  relacionados con la enfermedad (impacto y existencial)  
 problemas interpersonales  
 secuelas y toxicidad  
 cambios y consecuencias de la enfermedad sobre la vida (hábitos y relación)  
 problemas previos que se agudizan con la enfermedad  
 duelo  
 miscelánea (menos 2 visitas: informes, quejas,...)  
 programa psicoeducativo  
 consejo genético

Quien remite:  médico  petición propia  familiar

otros: \_\_\_\_\_

Antecedentes psicológicos: \_\_\_\_\_

Psicofármacos y quién prescribe: Médico de cabecera / Psiquiatra / Otro  
Momento psicofármacos: \_\_\_ anterior cáncer \_\_\_ durante \_\_\_ después asociado  
\_\_\_ después no

-  
-  
-

Nivel de estudios: \_\_\_ primarios \_\_\_ enseñanza obligatoria  
\_\_\_ FP \_\_\_ universitarios

Ocupación profesional: \_\_\_\_\_

Situación actual:

\_\_\_ estudiante \_\_\_ parado \_\_\_ trabajador activo y estudiante \_\_\_ baja  
\_\_\_ trabajador activo \_\_\_ jubilado \_\_\_ pensionista \_\_\_ tareas domésticas

Experiencias con enfermedad oncológica:

-  
-  
-

Organigrama familia nuclear (apoyo percibido y conflictos):

Organigrama familia extensa (apoyo percibido y conflictos):

## DESCRIPCIÓN DE SÍNTOMAS / DEL PROBLEMA

• Descripción de síntomas/problema.

• Acontecimientos vitales estresantes.

\_\_\_ problemas familiares \_\_\_ muerte de un ser querido  
\_\_\_ agresión personal recibida \_\_\_ dx cáncer propio o de otros \_\_\_ ninguno

• Cuestionarios utilizados.

• Resumen entrevista inicial (impresión clínica)

• Apoyo social: \_\_\_ alto \_\_\_ medio \_\_\_ bajo

Convive: \_\_\_ acompañado \_\_\_ solo

Motivo de alta: \_\_\_ mejoría                      \_\_\_ abandono                      \_\_\_ exitus  
                                  \_\_\_ derivación a otro servicio

Diagnóstico DSM-IV-R:

- Eje I: (trastornos clínicos, otros problemas)
  - Eje II: (trastorno de personalidad / retraso mental)
  - Eje III: (enfermedades médicas)
  - Eje IV: (problemas psicosociales y ambientales)
  - Eje V: (evaluación actividad global)
- |                                  |                                 |                       |                            |
|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1-10-----                        | 31-40-----                      | 51-60-----            | 91-100                     |
| Peligro lesión<br>o acto suicida | síntomas graves<br>o alteración | síntomas<br>moderados | actividad<br>satisfactoria |

### **Causas de la Ansiedad**

- Situacional**
- \_\_\_ Diagnóstico de cáncer, mal pronóstico de inicio.
  - \_\_\_ Crisis, enfermedad/tratamiento.
  - \_\_\_ Conflictos con la familia o el personal.
  - \_\_\_ Anticipar un procedimiento temido.
  - \_\_\_ Espera ante los resultados de las pruebas.
  - \_\_\_ Miedo a la recaída tras terminar el tratamiento.
  - \_\_\_ Diagnóstico de recaída.

#### ***Relacionado con la enfermedad:***

- \_\_\_ Pobre control del dolor.
- \_\_\_ Estados metabólicos anormales.
- \_\_\_ Tumores que segregan hormonas.
- \_\_\_ Síndromes paraneoplásicos (efectos remotos SNC).

#### ***Relacionado con el tratamiento:***

- \_\_\_ Procedimientos dolorosos (resonancia magnética, TAC, curas complicadas).
- \_\_\_ Ansiedad provocada por medicamentos (neurolépticos antieméticos, broncodilatadores).
- \_\_\_ Síndrome de abstinencia (opioides, benzodiacepinas, alcohol).
- \_\_\_ Ansiedad condicionada (anticipatoria), náuseas y vómitos con quimioterapia.

#### ***Exacerbación de un trastorno de ansiedad previo:***

- \_\_\_ Fobias (agujas, claustrofobia).

- Trastorno de ansiedad generalizada o con crisis de pánico.
  - Trastorno de estrés postraumático (guerra civil española, atentado ETA, víctima de una agresión, revivir la muerte de un familiar con cáncer).
  - Trastorno obsesivo-compulsivo.
  - Otros:
- 

### **Síntomas de la Ansiedad**

- Ansiedad y preocupación excesivas (3 ó más síntomas)
- Inquietud o impaciencia
- Tensión muscular
- Fatigabilidad fácil
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad
- Alteración sueño

### **Evaluación de Depresión**

**Historia familiar:**  Depresión.  
 Suicidio.

#### **Historia personal:**

- Depresión previa.
- Trastorno bipolar.
- Intento suicida.
- Alcoholismo.
- Abuso de sustancias.
- Duelo reciente.

#### **Síntomas:**

- Estado de ánimo disfórico (ej., triste, deprimido, ansioso, llanto, cambios de humor).
- Sentimientos de desesperanza, impotencia.
- Pérdida del interés y del placer; anhedonia.
- Sentimientos de culpabilidad, carga para otros; inutilidad.
- Dificultades de concentración.
- Humor incongruente ante el curso de la enfermedad.
- Pensamientos o planes suicidas.
- Pensamiento delirante (síntomas psicóticos raros, excepto en síndrome afectivo orgánico).
- Síntomas somáticos (escaso en pacientes físicamente incapacitados).
- Insomnio.
- Anorexia y pérdida de peso.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Entecimiento o agitación psicomotores.

- Estreñimiento.
- Disminución del deseo sexual.

### **Factores de Riesgo de Suicidio**

#### ***Personales:***

- Historia previa de depresión o intento suicida (personal o familiar).
- Trastorno psiquiátrico previo.
- Abuso de alcohol o drogas previo.
- Depresión y Desesperanza.
- Pérdida reciente / duelo.
- Aislamiento social.

#### ***Médicos:***

- Dolor.
- Delirium y escaso control de impulsos.
- Enfermedad avanzada.
- Debilidad, agotamiento, fatiga.

### **Evaluación del Riesgo de Suicidio**

- Establecer relación terapéutica (alianza).
- Preguntar por los síntomas (dolor, malestar, inadecuación en su control).
- Preguntar por depresión y pensamientos suicidas en el presente o en el pasado.
- Preguntar por la familia y amigos y por la sensación de apoyo que recibe de ellos.
- Preguntar por alguna pérdida reciente de una persona cercana, especialmente debido a una enfermedad oncológica.
- Preguntar por la comprensión de la enfermedad, presencia de confusión, fatiga.

## BSI-18

### BSI- 18

|                              |
|------------------------------|
| <b>NHC:</b>                  |
| <b>Nombre y Apellidos:</b>   |
| <b>Fecha:</b>                |
| <b>Sesión de evaluación:</b> |

Por favor, señale de la lista de problemas que aparecen a continuación la alternativa que mejor describa en qué grado ha estado molesto/a o cuánto ha sufrido, durante los últimos 7 días.

| Me he sentido molesto/a por:  | Nada | Poco | Regular | Bastante | Mucho |
|---|------|------|---------|----------|-------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensación de desmayo o mareos</li> <li>2. No sentir interés por las cosas</li> <li>3. Nerviosismo o temblor</li> <li>4. Dolores en el corazón o en el pecho</li> <li>5. Sentirse solo</li> <li>6. Sentirse tenso o alterado</li> <li>7. Nauseas o malestar en el estómago</li> <li>8. Sentimientos de tristeza</li> <li>9. Sustos repentinos y sin razón</li> <li>10. Falta de aire</li> <li>11. Sentir que usted no vale para nada</li> <li>12. Ataques de terror o pánico</li> <li>13. Adormecimiento u hormigueo en ciertas partes del cuerpo</li> <li>14. Sentirse sin esperanza en el futuro</li> <li>15. Sentirse tan inquieto que no puede permanecer sentado</li> <li>16. Sentirse débil en partes del cuerpo</li> <li>17. Pensamientos de poner fin a su vida</li> <li>18. Sentirse con miedo</li> </ol> |      |      |         |          |       |

## CAEPO

### CAEPO

(M.T. González Martínez, 2004)

|                              |
|------------------------------|
| <b>NHC:</b>                  |
| <b>Nombre y Apellidos:</b>   |
| <b>Fecha:</b>                |
| <b>Sesión de evaluación:</b> |

A continuación aparecen una serie de frases que se refieren a distintas formas de actuar ante situaciones difíciles o problemáticas. La situación en la que usted se encuentra ahora podría considerarse que tiene estas características. Indique, rodeando con un círculo, con cual de dichas formas se identifica más su manera de **COMPORTARSE EN ESTA SITUACIÓN**. No hay respuestas buenas ni malas ya que cada persona puede resolver sus problemas de la forma que considera más conveniente. Procure contestar con la mayor sinceridad.

Hay cuatro opciones posibles en cada cuestión:

- |  |               |
|--|---------------|
| 0. Si no coincide absolutamente en nada      | Nunca         |
| 1. Si la coincidencia se da en alguna medida | Algunas veces |
| 2. Si coincide bastante                      | Muchas veces  |
| 3. Si coincide en gran medida                | Casi siempre  |

Nunca  
 Algunas veces  
 Muchas veces  
 Casi siempre

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.   | 0 | 1 | 2 | 3 |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 10. Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Trato de convencerme a mi mismo de que todo va a salir bien.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Intento compartir mis emociones con algunas personas.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Procuo ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Procuo controlar mis emociones.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Intento mostrarme sereno y animado.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Creo que la mejor solución para que todo salga bien en rezar.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será".                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Pienso que las cosas ocurren y que nada puede hacer para cambiar los acontecimientos.                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Procuo evadirme y no pensar en lo que me pasa.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo haré.                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Puedo distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.                           | 0 | 1 | 2 | 3 |



## NEO-FFI-R

### INSTRUCCIONES:

Por favor, antes de comenzar, lea cuidadosamente estas instrucciones. Marque sus contestaciones en la Hoja de respuestas y escriba solamente en el lugar que se le indica. NO escriba nada en este Cuadernillo.

Este Inventario consta de **240 frases**. Lea cada frase con atención y marque en la Hoja de respuestas la alternativa que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con lo que dice la frase. Señale:

- A- Si la frase es completamente falsa en su caso, si está en **total desacuerdo** con ella.
- B- Si la frase es frecuentemente falsa, si está en **desacuerdo** con ella.
- C- Si la frase está cierta como falsa, si no puede decidirse, o si Vd. se considera **neutral** en relación con lo que se dice en ella.
- D- Si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.
- E- Si la frase es completamente cierta, si está **totalmente de acuerdo** con ella.

No hay respuestas *correctas* ni *incorrectas*, y no se necesita ser un experto para contestar a este Cuestionario. Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible.

Dé una respuesta a todas las frases. Observe que en la Hoja de respuestas los espacios para contestar están numerados, y asegúrese de que marca cada respuesta en el espacio correspondiente al número adecuado. Si se equivoca o si cambia de opinión, borre completamente lo que haya escrito primero.

1. No soy una persona que se preocupe mucho.
2. La mayoría de la gente que conozco me cae muy simpática.
3. Tengo una imaginación muy activa.
4. Tiendo a ser cínico y escéptico respecto a las intenciones de los demás.
5. Se me conoce por mi prudencia y sentido común.
6. Con frecuencia me irrita la forma en que me trata la gente.
7. Huyo de las multitudes.
8. Los aspectos estéticos y artísticos no son muy importantes para mí.
9. No soy astuto ni disimulador.
10. Prefiero dejar abiertas posibilidades más que planificarme todo de antemano.
11. Rara vez me siento solo o triste.
12. Soy dominante, enérgico y defiendo mis opiniones.
13. Sin emociones fuertes la vida carecería de interés para mí.
14. Algunas personas creen que soy egoísta y egocéntrico.
15. Trato de realizar concienzudamente todas las cosas que se me encomiendan.
16. Al tratar con los demás siempre temo hacer una patochada.
17. Tanto en el trabajo como en la diversión tengo un estilo pausado.
18. Tengo unas costumbres y opiniones bastante arraigadas.

19. Preferiría cooperar con los demás a competir con ellos.
20. No me enfado por nada, soy un poco pasota.
21. Rara vez me excedo en algo.
22. A menudo anhelo tener experiencias emocionantes.
23. Con frecuencia disfruto jugando con teorías o ideas abstractas.
24. No me importa hacer alarde de mis talentos y logros.
25. Soy bastante bueno en organizarme para terminar las cosas a tiempo.
26. Con frecuencia me siento indefenso y quiero que otro resuelva mis problemas.
27. Literalmente, nunca he saltado de alegría.
28. Considero que dejar que los jóvenes oigan a personas cuyas opiniones son polémicas sólo puede confundirles o equivocarles.
29. Los líderes políticos deberían ser más conscientes del lado humano de sus programas.
30. He hecho bastantes tonterías a lo largo de mi vida.
31. Me asusto con facilidad.
32. No me gusta mucho charlar con la gente.
33. Intento que todos mis pensamientos sean realistas y no dejar que vuele la imaginación.
34. Creo que la mayoría de la gente tiene en general buena intención.
35. No me tomo muy en serio mis deberes cívicos, como ir a votar.
36. Soy una persona apacible.
37. No me gusta tener mucha gente alrededor.
38. A veces me quedo totalmente absorto en la música que escucho.
39. Si es necesario, estoy dispuesto a manipular a la gente para conseguir lo que quiero.
40. Tengo mis cosas bien cuidadas y limpias.
41. A veces me parece que no valgo absolutamente nada.
42. A veces no soy capaz de defender mis opiniones todo lo que debiera.
43. Rara vez experimento emociones fuertes.
44. Trato de ser cortés con todo el que conozco.
45. A veces no soy tan formal ni fiable como debiera.
46. Rara vez me siento cohibido cuando estoy con gente.
47. Cuando hago cosas, las hago con energía.
48. Creo que es interesante aprender y desarrollar nuevas aficiones.
49. Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.
50. Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.
51. Me cuesta resistirme a mis deseos.
52. No me gustaría pasar las vacaciones en los centros de juego de Las Vegas.
53. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.
54. Prefiero no hablar de mis éxitos o de mí mismo.
55. Pierdo mucho tiempo hasta que me pongo a trabajar.
56. Creo que soy capaz de enfrentarme a la mayoría de mis problemas.
57. A veces he experimentado una intensa alegría o arrebatos.
58. Considero que las leyes y normas sociales deberían cambiar para reflejar las necesidades de un mundo cambiante.

59. Soy duro y poco sentimental en mis actitudes.
60. Pienso muy bien las cosas antes de tomar una decisión.
61. Rara vez me siento con miedo o ansioso.
62. Se me conoce como una persona cálida y cordial.
63. Tengo mucha fantasía.
64. Creo que la mayoría de la gente se aprovecharía de uno si se la dejara.
65. Me mantengo informado y por lo general tomo decisiones inteligentes.
66. Me consideran colérico y de genio vivo.
67. En general prefiero hacer las cosas solo.
68. Me aburre ver ballet clásico o danza moderna.
69. Aunque quisiera, no podría engañar a nadie.
70. No soy una persona muy metódica.
71. Rara vez estoy triste o deprimido.
72. A menudo he sido líder en los grupos en los que he estado.
73. Cómo siento sobre las cosas es algo importante para mí.
74. Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.
75. Pago mis deudas puntualmente y en su totalidad.
76. En ocasiones he estado tan avergonzado que he querido esconderme.
77. Probablemente mi trabajo sea lento pero constante.
78. Cuando encuentro la manera de hacer algo, me aferro a ella.
79. Me resulta difícil expresar rabia, aunque lleve razón.
80. Cuando empiezo un programa para mejorar algo mío, lo habitual es que lo abandone a los pocos días.
81. Me cuesta poco resistir una tentación.
82. A veces he hecho cosas por mera excitación, buscando emociones.
83. Disfruto resolviendo problemas o rompecabezas.
84. Soy mejor que la mayoría de la gente y estoy seguro de ello.
85. Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.
86. Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.
87. No soy un alegre optimista.
88. Considero que deberíamos contar con las autoridades religiosas para tomar decisiones sobre cuestiones morales.
89. Hagamos lo que hagamos por los pobres y los ancianos, nunca será demasiado.
90. En ocasiones primero actúo y luego pienso.
91. A menudo me siento tenso e inquieto.
92. Mucha gente cree que soy algo frío y distante.
93. No me gusta perder el tiempo soñando despierto.
94. Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.
95. Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.
96. No se me considera una persona quisquillosa o de mal genio.
97. Si estoy solo mucho tiempo, siento mucha necesidad de la gente.
98. Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.
99. Ser absolutamente honrado no es bueno para hacer negocios.

100. Me gusta tener cada cosa en su sitio, de forma que sepa exactamente dónde está.
101. A veces he sentido una sensación profunda de culpa o pecado.
102. En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.
103. Rara vez pongo mucha atención en mis sentimientos del momento.
104. Por lo general trato de pensar en los demás y ser considerado.
105. A veces hago trampas cuando me entretengo con juegos solitarios.
106. No me avergüenzo mucho si la gente se ríe de mí y me toma el pelo.
107. A menudo siento como si estuviera explotando de energía.
108. Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.
109. Si alguien no me cae simpático, se lo digo.
110. Trabajo mucho para conseguir mis metas.
111. Cuando como las comidas que más me gustan, tiendo a comer demasiado.
112. Tiendo a evitar las películas demasiado violentas y terroríficas.
113. A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.
114. Trato de ser humilde.
115. Me cuesta forzarme a hacer lo que tengo que hacer.
116. En situaciones de emergencia mantengo la cabeza fría.
117. A veces reboso felicidad.
118. En mi opinión, las distintas ideas sobre lo que está bien y lo que está mal que tienen otras sociedades pueden ser válidas para ellas.
119. Los mendigos no me inspiran simpatía.
120. Antes de emprender una acción siempre considero sus consecuencias.
121. Rara vez me inquieta el futuro.
122. Disfruto mucho hablando con la gente.
123. Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.
124. Cuando alguien es agradable conmigo, me entran recelos.
125. Estoy orgulloso de mi sensatez.
126. Con frecuencia acabo sintiéndome a disgusto con las personas con las que tengo que tratar.
127. Prefiero los trabajos que me permiten trabajar solo, sin que me molesten los demás.
128. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.
129. Detestaría que alguien pensara de mí que soy un hipócrita.
130. Parece que nunca soy capaz de organizarme.
131. Cuando algo va mal, tiendo a culpabilizarme.
132. Con frecuencia, los demás cuentan conmigo para tomar decisiones.
133. Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.
134. No se me conoce por mi generosidad.
135. Cuando me comprometo a algo, siempre se puede contar conmigo para llevarlo a término.
136. A menudo me siento inferior a los demás.

137. No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.
138. Prefiero pasar el tiempo en ambientes conocidos.
139. Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.
140. No me siento impulsado a conseguir el éxito.
141. Rara vez cedo a mis impulsos momentáneos.
142. Me gusta estar donde está la acción.
143. Me gusta hacer rompecabezas de los que cuesta bastante resolverlos.
144. Tengo una opinión muy alta de mí mismo.
145. Cuando empiezo un proyecto, casi siempre lo termino.
146. Con frecuencia me resulta difícil decidirme.
147. No me considero especialmente alegre.
148. Considero que la fidelidad a los propios ideales y principios es más importante que tener una mentalidad abierta.
149. Las necesidades humanas deberían estar siempre por delante de consideraciones económicas.
150. A menudo hago cosas siguiendo el impulso del momento.
151. Me preocupo con frecuencia por cosas que podrían salir mal.
152. Me resulta fácil sonreír y ser abierto con desconocidos.
153. Si noto que mi mente comienza a divagar y a soñar, generalmente me ocupo en algo y empiezo a concentrarme en una tarea o actividad alternativa.
154. Mi primera reacción es confiar en la gente.
155. No parece que haya tenido éxito completo en algo.
156. Es difícil que yo pierda los estribos.
157. Preferiría pasar las vacaciones en una playa muy frecuentada que en una cabaña aislada en el bosque.
158. Ciertos tipos de música me producen una fascinación sin límites.
159. A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.
160. Tiendo a ser algo quisquilloso en el orden.
161. Tengo una baja opinión de mí mismo.
162. Preferiría ir a mi aire a ser líder de otros.
163. Rara vez me doy cuenta del humo o de las emociones que existen en cada ambiente.
164. A la mayoría de las personas que conozco les caigo simpático.
165. Me atengo de forma estricta a mis principios éticos.
166. Me siento a gusto en presencia de mis jefes u otras figuras de autoridad.
167. Habitualmente me parece tener prisa.
168. A veces hago cambios en la casa sólo para probar algo diferente.
169. Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.
170. Me esfuerzo por conseguir aquello para lo que estoy capacitado.
171. A veces como tanto que me pongo malo.
172. Adoro la excitación de las montañas rusas en los parques de atracciones.

173. Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.
174. Pienso que no soy mejor que los demás, independientemente de cuál sea su condición.
175. Cuando un proyecto se pone demasiado difícil, me siento inclinado a empezar uno nuevo.
176. Puedo comportarme bastante bien en una crisis.
177. Soy una persona alegre y animosa.
178. Me considero de mentalidad abierta y tolerante con los estilos de vida de los demás.
179. Creo que todos los seres humanos merecen respeto.
180. Casi nunca tomo decisiones precipitadas.
181. Tengo menos miedos que la mayoría de la gente.
182. Tengo unos fuertes lazos emocionales con mis amigos.
183. De niño rara vez me divertía jugando a ser una persona (policía, padre, profesor, etc.).
184. Tiendo a pensar lo mejor de la gente.
185. Soy una persona muy competente.
186. A veces me he sentido amargado y resentido.
187. Las reuniones sociales normalmente me resultan aburridas.
188. A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.
189. A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.
190. No soy compulsivo sobre la limpieza.
191. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.
192. En las conversaciones tiendo a ser el que más habla.
193. Me parece fácil simpatizar, sentir yo lo que sienten los demás.
194. Me considero una persona caritativa.
195. Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.
196. Si he dicho o hecho algo mal a una persona, me cuesta mucho poder enfrentarme a ella de nuevo.
197. Mi vida lleva un ritmo rápido.
198. En vacaciones prefiero volver a un sitio conocido y fiable.
199. Soy cabezota y testarudo.
200. Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.
201. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.
202. Me atraen los colores llamativos y los estilos ostentosos.
203. Tengo mucha curiosidad por los temas intelectuales.
204. Preferiría elogiar a otros que ser elogiado.
205. Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.
206. Cuando parece que todo va mal, todavía puedo tomar buenas decisiones.
207. Rara vez uso palabras como *fantástico* o *sensacional* para describir mis experiencias.

208. Creo que si una persona no tiene claras sus creencias a los 25 años, algo no le va bien.
209. Me inspiran simpatía los que son menos afortunados que yo.
210. Cuando voy de viaje, lo planifico cuidadosamente con antelación.
211. A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.
212. Me tomo un interés personal por la gente con la que trabajo.
213. Tendría dificultad para dejar que mi pensamiento vagara sin control o dirección.
214. Tengo mucha fe en la naturaleza humana.
215. Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.
216. Hasta las mínimas molestias me pueden resultar frustrantes.
217. Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.
218. Disfruto leyendo poesías que se centran más en sentimientos e imágenes que en acontecimientos.
219. Estoy orgulloso de mi astucia para tratar con la gente.
220. Gasto un montón de tiempo buscando cosas que he perdido.
221. Con demasiada frecuencia cuando las cosas van mal me siento desanimado y a punto de tirar la toalla.
222. No me parece fácil asumir el control de una situación.
223. Cosas raras o singulares (como ciertos olores o los nombres de lugares lejanos) pueden evocarme fuertes estados de ánimo.
224. Me aparto de mi camino por ayudar a los demás, si puedo.
225. Tendría que estar realmente enfermo para perder un día de trabajo.
226. Cuando alguien que conozco hace tonterías, siento vergüenza ajena.
227. Soy una persona muy activa.
228. Cuando voy a alguna parte sigo siempre el mismo camino.
229. Con frecuencia me enzarzo en discusiones con mi familia y mis compañeros.
230. Soy un poco adicto al trabajo.
231. Siempre soy capaz de mantener mis sentimientos bajo control.
232. Me gusta ser parte del público en los acontecimientos deportivos.
233. Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.
234. Soy una persona superior.
235. Tengo mucha auto-disciplina.
236. Soy bastante estable emocionalmente.
237. Me río con facilidad.
238. Considero que la *nueva moralidad* sobre lo que está permitido no es de ninguna manera una moralidad.
239. Antes preferiría ser conocido como una *persona misericordiosa* que como una *persona recta*.
240. Antes de contestar una pregunta, me lo pienso dos veces.

Compruebe si ha contestado a todas las frases y las contestaciones dadas en la hoja de respuestas con adecuadas.

APELLIDOS Y NOMBRE (Letras mayúsculas)

CENTRO

D.N.I. / NÚMERO

EDAD

A B C

NEO PI-R

GRUPO

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 |
| 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 |
| 3 | 3 | 3 |
| 4 | 4 | 4 |
| 5 | 5 | 5 |
| 6 | 6 | 6 |
| 7 | 7 | 7 |
| 8 | 8 | 8 |
| 9 | 9 | 9 |

FIRMA

(A) firmar no sobrepase el recuadro

FECHA

consiento expresamente en la corrección de esta prueba, por medios manuales o mecánicos, y en la incorporación de sus resultados a un chero automatizado, con los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 5/99 de Protección de Datos, y me doy por enterado de mi derecho a acceder a la información contenida en el mismo, rectificaria o cancelaria n lo que me afecte.

INSTRUCCIONES SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR

- Utilice lapicero (n.º 2 preferentemente)
- Si se equivoca, borre totalmente
- No doble ni arrugue esta hoja

• Rellene completamente

CORRECTO INCORRECTO

| A = EN TOTAL DESACUERDO | B = EN DESACUERDO      | C = NEUTRAL             | D = DE ACUERDO          | E = TOTALMENTE DE ACUERDO |                         |
|-------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|
| 1 (A) (B) (C) (D) (E)   | 31 (A) (B) (C) (D) (E) | 61 (A) (B) (C) (D) (E)  | 106 (A) (B) (C) (D) (E) | 151 (A) (B) (C) (D) (E)   | 196 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 2 (A) (B) (C) (D) (E)   | 32 (A) (B) (C) (D) (E) | 62 (A) (B) (C) (D) (E)  | 107 (A) (B) (C) (D) (E) | 152 (A) (B) (C) (D) (E)   | 197 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 3 (A) (B) (C) (D) (E)   | 33 (A) (B) (C) (D) (E) | 63 (A) (B) (C) (D) (E)  | 108 (A) (B) (C) (D) (E) | 153 (A) (B) (C) (D) (E)   | 198 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 4 (A) (B) (C) (D) (E)   | 34 (A) (B) (C) (D) (E) | 64 (A) (B) (C) (D) (E)  | 109 (A) (B) (C) (D) (E) | 154 (A) (B) (C) (D) (E)   | 199 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 5 (A) (B) (C) (D) (E)   | 35 (A) (B) (C) (D) (E) | 65 (A) (B) (C) (D) (E)  | 110 (A) (B) (C) (D) (E) | 155 (A) (B) (C) (D) (E)   | 200 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 6 (A) (B) (C) (D) (E)   | 36 (A) (B) (C) (D) (E) | 66 (A) (B) (C) (D) (E)  | 111 (A) (B) (C) (D) (E) | 156 (A) (B) (C) (D) (E)   | 201 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 7 (A) (B) (C) (D) (E)   | 37 (A) (B) (C) (D) (E) | 67 (A) (B) (C) (D) (E)  | 112 (A) (B) (C) (D) (E) | 157 (A) (B) (C) (D) (E)   | 202 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 8 (A) (B) (C) (D) (E)   | 38 (A) (B) (C) (D) (E) | 68 (A) (B) (C) (D) (E)  | 113 (A) (B) (C) (D) (E) | 158 (A) (B) (C) (D) (E)   | 203 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 9 (A) (B) (C) (D) (E)   | 39 (A) (B) (C) (D) (E) | 69 (A) (B) (C) (D) (E)  | 114 (A) (B) (C) (D) (E) | 159 (A) (B) (C) (D) (E)   | 204 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 10 (A) (B) (C) (D) (E)  | 40 (A) (B) (C) (D) (E) | 70 (A) (B) (C) (D) (E)  | 115 (A) (B) (C) (D) (E) | 160 (A) (B) (C) (D) (E)   | 205 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 11 (A) (B) (C) (D) (E)  | 41 (A) (B) (C) (D) (E) | 71 (A) (B) (C) (D) (E)  | 116 (A) (B) (C) (D) (E) | 161 (A) (B) (C) (D) (E)   | 206 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 12 (A) (B) (C) (D) (E)  | 42 (A) (B) (C) (D) (E) | 72 (A) (B) (C) (D) (E)  | 117 (A) (B) (C) (D) (E) | 162 (A) (B) (C) (D) (E)   | 207 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 13 (A) (B) (C) (D) (E)  | 43 (A) (B) (C) (D) (E) | 73 (A) (B) (C) (D) (E)  | 118 (A) (B) (C) (D) (E) | 163 (A) (B) (C) (D) (E)   | 208 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 14 (A) (B) (C) (D) (E)  | 44 (A) (B) (C) (D) (E) | 74 (A) (B) (C) (D) (E)  | 119 (A) (B) (C) (D) (E) | 164 (A) (B) (C) (D) (E)   | 209 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 15 (A) (B) (C) (D) (E)  | 45 (A) (B) (C) (D) (E) | 75 (A) (B) (C) (D) (E)  | 120 (A) (B) (C) (D) (E) | 165 (A) (B) (C) (D) (E)   | 210 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 16 (A) (B) (C) (D) (E)  | 46 (A) (B) (C) (D) (E) | 76 (A) (B) (C) (D) (E)  | 121 (A) (B) (C) (D) (E) | 166 (A) (B) (C) (D) (E)   | 211 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 17 (A) (B) (C) (D) (E)  | 47 (A) (B) (C) (D) (E) | 77 (A) (B) (C) (D) (E)  | 122 (A) (B) (C) (D) (E) | 167 (A) (B) (C) (D) (E)   | 212 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 18 (A) (B) (C) (D) (E)  | 48 (A) (B) (C) (D) (E) | 78 (A) (B) (C) (D) (E)  | 123 (A) (B) (C) (D) (E) | 168 (A) (B) (C) (D) (E)   | 213 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 19 (A) (B) (C) (D) (E)  | 49 (A) (B) (C) (D) (E) | 79 (A) (B) (C) (D) (E)  | 124 (A) (B) (C) (D) (E) | 169 (A) (B) (C) (D) (E)   | 214 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 20 (A) (B) (C) (D) (E)  | 50 (A) (B) (C) (D) (E) | 80 (A) (B) (C) (D) (E)  | 125 (A) (B) (C) (D) (E) | 170 (A) (B) (C) (D) (E)   | 215 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 21 (A) (B) (C) (D) (E)  | 51 (A) (B) (C) (D) (E) | 81 (A) (B) (C) (D) (E)  | 126 (A) (B) (C) (D) (E) | 171 (A) (B) (C) (D) (E)   | 216 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 22 (A) (B) (C) (D) (E)  | 52 (A) (B) (C) (D) (E) | 82 (A) (B) (C) (D) (E)  | 127 (A) (B) (C) (D) (E) | 172 (A) (B) (C) (D) (E)   | 217 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 23 (A) (B) (C) (D) (E)  | 53 (A) (B) (C) (D) (E) | 83 (A) (B) (C) (D) (E)  | 128 (A) (B) (C) (D) (E) | 173 (A) (B) (C) (D) (E)   | 218 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 24 (A) (B) (C) (D) (E)  | 54 (A) (B) (C) (D) (E) | 84 (A) (B) (C) (D) (E)  | 129 (A) (B) (C) (D) (E) | 174 (A) (B) (C) (D) (E)   | 219 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 25 (A) (B) (C) (D) (E)  | 55 (A) (B) (C) (D) (E) | 85 (A) (B) (C) (D) (E)  | 130 (A) (B) (C) (D) (E) | 175 (A) (B) (C) (D) (E)   | 220 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 26 (A) (B) (C) (D) (E)  | 56 (A) (B) (C) (D) (E) | 86 (A) (B) (C) (D) (E)  | 131 (A) (B) (C) (D) (E) | 176 (A) (B) (C) (D) (E)   | 221 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 27 (A) (B) (C) (D) (E)  | 57 (A) (B) (C) (D) (E) | 87 (A) (B) (C) (D) (E)  | 132 (A) (B) (C) (D) (E) | 177 (A) (B) (C) (D) (E)   | 222 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 28 (A) (B) (C) (D) (E)  | 58 (A) (B) (C) (D) (E) | 88 (A) (B) (C) (D) (E)  | 133 (A) (B) (C) (D) (E) | 178 (A) (B) (C) (D) (E)   | 223 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 29 (A) (B) (C) (D) (E)  | 59 (A) (B) (C) (D) (E) | 89 (A) (B) (C) (D) (E)  | 134 (A) (B) (C) (D) (E) | 179 (A) (B) (C) (D) (E)   | 224 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 30 (A) (B) (C) (D) (E)  | 60 (A) (B) (C) (D) (E) | 90 (A) (B) (C) (D) (E)  | 135 (A) (B) (C) (D) (E) | 180 (A) (B) (C) (D) (E)   | 225 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 91 (A) (B) (C) (D) (E)  | 136 (A) (B) (C) (D) (E) | 181 (A) (B) (C) (D) (E)   | 226 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 92 (A) (B) (C) (D) (E)  | 137 (A) (B) (C) (D) (E) | 182 (A) (B) (C) (D) (E)   | 227 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 93 (A) (B) (C) (D) (E)  | 138 (A) (B) (C) (D) (E) | 183 (A) (B) (C) (D) (E)   | 228 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 94 (A) (B) (C) (D) (E)  | 139 (A) (B) (C) (D) (E) | 184 (A) (B) (C) (D) (E)   | 229 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 95 (A) (B) (C) (D) (E)  | 140 (A) (B) (C) (D) (E) | 185 (A) (B) (C) (D) (E)   | 230 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 96 (A) (B) (C) (D) (E)  | 141 (A) (B) (C) (D) (E) | 186 (A) (B) (C) (D) (E)   | 231 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 97 (A) (B) (C) (D) (E)  | 142 (A) (B) (C) (D) (E) | 187 (A) (B) (C) (D) (E)   | 232 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 98 (A) (B) (C) (D) (E)  | 143 (A) (B) (C) (D) (E) | 188 (A) (B) (C) (D) (E)   | 233 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 99 (A) (B) (C) (D) (E)  | 144 (A) (B) (C) (D) (E) | 189 (A) (B) (C) (D) (E)   | 234 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 100 (A) (B) (C) (D) (E) | 145 (A) (B) (C) (D) (E) | 190 (A) (B) (C) (D) (E)   | 235 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 101 (A) (B) (C) (D) (E) | 146 (A) (B) (C) (D) (E) | 191 (A) (B) (C) (D) (E)   | 236 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 102 (A) (B) (C) (D) (E) | 147 (A) (B) (C) (D) (E) | 192 (A) (B) (C) (D) (E)   | 237 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 103 (A) (B) (C) (D) (E) | 148 (A) (B) (C) (D) (E) | 193 (A) (B) (C) (D) (E)   | 238 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 104 (A) (B) (C) (D) (E) | 149 (A) (B) (C) (D) (E) | 194 (A) (B) (C) (D) (E)   | 239 (A) (B) (C) (D) (E) |
|                         |                        | 105 (A) (B) (C) (D) (E) | 150 (A) (B) (C) (D) (E) | 195 (A) (B) (C) (D) (E)   | 240 (A) (B) (C) (D) (E) |

Por favor, conteste a las 3 preguntas siguientes:

• ¿HA RESPONDIDO A TODAS LAS FRASES?  SI  NO

• ¿HA ANOTADO SUS RESPUESTAS EN LOS LUGARES INDICADOS?  SI  NO

• ¿HA RESPONDIDO FIEL Y SINCERAMENTE A LAS FRASES?  SI  NO

## FACT-G

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. **Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

### ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD

|         |   | Nada | Un poco | Algo | Mucho | Muchísimo |
|---------|---|------|---------|------|-------|-----------|
| GP<br>1 | Me falta energía .....  | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GP<br>2 | Tengo náuseas .....   | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GP<br>3 | Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia..... | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GP<br>4 | Tengo dolor .....   | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GP<br>5 | Me molestan los efectos secundarios del tratamiento .....                                     | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GP<br>6 | Me siento enfermo(a).....   | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GP<br>7 | Tengo que pasar tiempo acostado(a).....   | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |

|  |  | Nada | Un poco | Algo | Mucho | Muchísimo |
|--|--|------|---------|------|-------|-----------|
| <b><u>AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL</u></b> |  |      |         |      |       |           |
| GS<br>1                                  | Me siento cercano(a) a mis amistades .....   | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GS<br>2                                  | Recibo apoyo emocional por parte de mi familia ....  | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GS<br>3                                  | Recibo apoyo por parte de mis amistades .....  | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GS<br>4                                  | Mi familia ha aceptado mi enfermedad .....   | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GS<br>5                                  | Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad .....  | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GS<br>6                                  | Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo) .....  | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| Q1                                       | <i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla</i><br><input type="checkbox"/> <i>y continúe con la siguiente sección.</i> |      |         |      |       |           |
| GS<br>7                                  | Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual .....   | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |

**Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

**ESTADO EMOCIONAL**

|      |  | Nada | Un poco | Algo | Mucho | Muchísimo |
|------|--|------|---------|------|-------|-----------|
| GE 1 | Me siento triste .....   | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GE 2 | Estoy satisfecho(a) de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad ..... | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GE 3 | Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad .....  | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GE 4 | Me siento nervioso(a).....   | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GE 5 | Me preocupa morir .....  | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |
| GE 6 | Me preocupa que mi enfermedad empeore.....                             | 0    | 1       | 2    | 3     | 4         |

**CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL**

|         |   | <b>Nada</b> | <b>Un poco</b> | <b>Algo</b> | <b>Mucho</b> | <b>Muchísimo</b> |
|---------|---|-------------|----------------|-------------|--------------|------------------|
| GF<br>1 | Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar).....          | 0           | 1              | 2           | 3            | 4                |
| GF<br>2 | Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar)..... | 0           | 1              | 2           | 3            | 4                |
| GF<br>3 | Puedo disfrutar de la vida .....                              | 0           | 1              | 2           | 3            | 4                |
| GF<br>4 | He aceptado mi enfermedad .....                               | 0           | 1              | 2           | 3            | 4                |
| GF<br>5 | Duermo bien .....   | 0           | 1              | 2           | 3            | 4                |
| GF<br>6 | Disfruto con mis pasatiempos de siempre.....                  | 0           | 1              | 2           | 3            | 4                |
| GF<br>7 | Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual .....       | 0           | 1              | 2           | 3            | 4                |



