



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"



"CORRELACIÓN ENTRE RASGOS DE PERSONALIDAD Y SÍNTOMAS DE
DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER
QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA"

TESIS

que para obtener el diploma de la
Especialidad en psiquiatría

Presenta:

Fabiola López Macías

ASESORES:

Dr. Jorge Peña Ortega
Tutor Metodológico

Dr. Marco Antonio López Butrón
Tutor Teórico

Enero 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE	PÁGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	4
MARCO TEÓRICO	7
JUSTIFICACIÓN	32
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
OBJETIVOS	33
MATERIAL Y MÉTODOS	34
ÉTICA MÉDICA	41
RESULTADOS	42
DISCUSIÓN	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	57

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad que implica altos costos personales y sociales, quien lo padece se enfrenta a eventos estresantes durante el proceso de la enfermedad. Se han estudiado muchos factores que influyen para que el paciente desarrolle trastornos de ansiedad y depresión, incluyendo el tratamiento con quimioterapia, la cual genera efectos secundarios graves, por lo que la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes bajo este tratamiento es frecuente. El objetivo de la presente tesis es determinar si existe una asociación entre los rasgos de personalidad con la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer que acuden al servicio de quimioterapia ambulatoria del Hospital General de México. Para tal efecto se evaluó a 90 mujeres con diagnóstico de cáncer en tratamiento con quimioterapia ambulatoria con el cuestionario de personalidad de Eysenck, y con los inventarios de ansiedad y depresión de Beck. Al analizar los resultados se encontró que existe una asociación significativa entre depresión y la ansiedad con altos puntajes obtenidos en neuroticismo. Por lo tanto, se puede concluir que los puntajes altos en neuroticismo están asociados significativamente con el desarrollo y gravedad de los síntomas depresivos y de ansiedad. Será necesario realizar más estudios para determinar la participación de la extroversión como factor de protección para el desarrollo de ansiedad y depresión en el paciente con cáncer.

Palabras Clave: cáncer, quimioterapia, ansiedad, depresión, personalidad.

ABSTRACT

Cancer is a disease involving high personal and social costs, the sufferer is faced with stressful events during the disease process. We have studied many factors that influence the patient develop anxiety disorders and depression, including treatment with chemotherapy, which produces severe side effects, so that the prevalence of anxiety disorders and depression in patients undergoing this treatment is common. Aim: To determine whether an association between personality traits with the presence or absence of symptoms of anxiety and depression in women with breast cancer attending the outpatient chemotherapy service General Hospital of Mexico. Material and methods: We evaluated 90 women diagnosed with cancer in ambulatory chemotherapy with Eysenck personality questionnaire, and with Beck inventories of anxiety and depression. Results. It was found that there was a significant association between depression and anxiety scores on neuroticism. Conclusions: High neuroticism scores are significantly associated with the development and severity of depressive and anxiety disorders. More studies are needed to determine the association between anxiety an depression with the extraversion as a protective factor for the development of these disorders.

Keywords: cancer, chemotherapy, anxiety, depression, personality.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que tiene altos costos personales y sociales ya que ocupa las primeras causas de muerte y se proyecta que la prevalencia en las próximas décadas seguirá aumentando de forma dramática.

El paciente con cáncer se enfrenta a muchos factores estresantes durante su enfermedad, desde el momento del diagnóstico y durante todo el proceso de tratamiento. Se han estudiado muchos factores que pueden influir para que el paciente con cáncer desarrolle trastornos como ansiedad y depresión, como son las redes de apoyo, los mecanismos de afrontamiento cognitivos, factores propios del padecimiento, el tipo de cáncer y el tratamiento aplicado.

El tratamiento con quimioterapia ambulatoria genera en los pacientes múltiples efectos secundarios, alteraciones gastrointestinales, hematológicas, neurológicas, respiratorias y cambios en el sueño, entre otros. También es común que se desarrollen síntomas de ansiedad y depresión. Sin embargo, dentro de los efectos adversos de los fármacos utilizados para la quimioterapia ambulatoria se encuentran síntomas similares a los que se presentan en los trastornos de ansiedad y depresión, lo que dificulta su diagnóstico. Frecuentemente estos trastornos son subdiagnosticados y no tratados, complicando la evolución y la adecuada respuesta al tratamiento del cáncer. Por todos estos factores, en los pacientes oncológicos se incrementa la probabilidad de desarrollar una complicación psiquiátrica comórbida.

Tomando en cuenta que la tristeza y los síntomas de ansiedad son comunes en los pacientes con cáncer, pero que no en todos los pacientes se desarrollan trastornos como tal, en el presente estudio nos interesa conocer si existen factores psicológicos, específicamente rasgos de personalidad, que se relacionen con la presencia o ausencia de estados de depresión o ansiedad durante el proceso del tratamiento con quimioterapia ambulatoria.

ANTECEDENTES DE ESTUDIOS

Actualmente existen múltiples investigaciones que demuestran la alta prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en el paciente con cáncer, aún a pesar de las dificultades que siguen existiendo para su diagnóstico, debido a la alta frecuencia de síntomas neurovegetativos que pueden presentarse en estos pacientes, ya sea secundarios al tratamiento con quimio y radioterapia o al cáncer por sí mismo, y que también están establecidos como criterios en las escalas que se utilizan para el diagnóstico de la depresión y de ansiedad.

En un estudio publicado en el 2006 por Van Wilgen y cols, se comparó un grupo de 566 pacientes con diagnóstico de cáncer (orofaríngeo, de colon, ginecológicos y de mama), con grupo control de 255 pacientes escogidos al azar, para determinar si el excluir los síntomas somáticos en las escalas para diagnóstico de depresión (CS-D) disminuía las tasas de depresión. Se concluyó que el excluir este grupo de síntomas no influye en todos los tipos de cáncer, ya que este grupo se comporta de forma heterogénea. En general, los elementos somáticos de las escalas no interfieren con el diagnóstico de depresión.¹

Los inventarios de ansiedad y depresión de Beck (BDI) son de los instrumentos más utilizados para medir la presencia e intensidad de la depresión y la ansiedad. Originalmente desarrollado para su uso en pacientes psiquiátricos, se ha utilizado ampliamente en otros contextos principalmente en padecimientos médicos como el cáncer. Diez de los 93 ensayos incluidos en la revisión sistemática de Massie y cols., utilizan el BDI para la investigación de la depresión en pacientes con cáncer.²

En otra línea de investigación se han estudiado los factores predisponentes para el desarrollo de ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Paul B. Jacobsen y Heather S. Jim, (2008) mencionan que los problemas anteriores al diagnóstico de cáncer, las reacciones al diagnóstico de una enfermedad posiblemente mortal, la presencia de síntomas desagradables (por ejemplo, dolor, las náuseas y fatiga), las preocupaciones por la interrupción en los planes de vida, la disminución de la calidad de vida, la recurrencia o progresión de la enfermedad así como los efectos fisiológicos de ciertos tratamientos en

el sistema nervioso central (por ejemplo, la terapia con interferón), son factores que pueden producir ansiedad y depresión.³

Cano-Vidal y López, en un estudio realizado en el 2000, demostraron que existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y la quimioterapia, el estadio del tumor y el dolor y la falta de apoyo familiar.⁴

En el 2002, Stark, Kiely, Smith, Velikova y Selby publicaron un estudio en el que se evaluó 178 pacientes con cáncer, de los cuales el 48% presentaron trastornos de ansiedad demostrando así que la prevalencia de ansiedad en pacientes con cáncer es relativamente alta y que se asocia a factores como el ser mujer y el apoyo social.⁵

También hay estudios que plantean la asociación entre el tratamiento con quimioterapia (independientemente de la toxicidad) y los síntomas neurovegetativos que ocasiona, con la presencia de ansiedad y depresión y el efecto de estos trastornos en el curso del tratamiento.

Jovtis, Pazos, Schettini, Morera y Fiseman en 1994, relacionaron la ansiedad con el tratamiento con quimioterapia, encontrando que la ansiedad es mayor en dichos pacientes.⁶

En el 2001, Gómez, Albuquerque, Barros y Symone, publicaron un estudio, en el cual afirmaron que la depresión está más presente en aquellas pacientes que llevaban su primer mes de tratamiento de quimioterapia, siendo la ansiedad constante durante todo el tratamiento.⁷

Miranda, De Resende, Melo, Costa y Friedman (2002), estudiaron la influencia de la depresión en el tratamiento para el cáncer y concluyeron que no existe una relación estadísticamente significativa, pero que los pacientes que respondieron positivamente al tratamiento estaban menos deprimidos.⁸

Otras investigaciones han planteado la asociación entre los rasgos de personalidad con los trastornos de ansiedad y depresión. Un estudio longitudinal realizado en pacientes con antecedentes de un accidente cerebrovascular publicado por Aben y cols. (2002) para determinar la influencia de los rasgos de personalidad en el desarrollo de depresión posterior a un ictus, concluyó que el neuroticismo es un predictor importante y que es

necesario que la personalidad se tome en cuenta como un factor de vulnerabilidad potencial para la depresión en estos pacientes.⁹

Gerda J.M. y cols. (2005) encontraron que altos puntajes de neuroticismo pueden ser un buen predictor de depresión en mujeres postparto independientemente de otros factores.¹⁰

En otro estudio, Evers A y cols. (2002), se valoraron diferentes factores como: características de la personalidad, estrés físico y psicológico (estado clínico, la influencia de la enfermedad en la vida cotidiana, los acontecimientos importantes de la vida), y mecanismos de afrontamiento, así como el apoyo social para determinar los principales factores de vulnerabilidad para el desarrollo y evolución de ansiedad y depresión en pacientes con artritis reumatoide. Se encontró que el neuroticismo es el predictor más coherente y eficaz de la ansiedad y la depresión con independencia de los niveles de estrés inicial, los factores biomédicos, el uso de medicamentos, y otros factores de estrés o de vulnerabilidad.¹¹

En la actualidad, el estudio de los factores de riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión en el paciente con cáncer es tema frecuente de investigación y hay evidencia de que los rasgos de personalidad son un factor asociado al desarrollo de estos trastornos en diversas enfermedades médicas. Sin embargo, no existen estudios que planteen la asociación entre rasgos de personalidad y la presencia de dichos síntomas en el paciente con cáncer tratado con quimioterapia.

MARCO TEÓRICO

CÁNCER

Definición De Cáncer

El término cáncer proviene del vocablo latín *cancer* y del griego *karkinos*, que significa cangrejo. Hipócrates, 400 a.C., fue el primero en emplear la palabra “carcino” y “carcinoma” al observar el desarrollo de venas tortuosas en el interior de algunos tumores malignos que daba la apariencia de las pinzas de un cangrejo, y como un cangrejo, el tumor tenía un núcleo y ramificaciones a través de las cuales se extendía al resto del cuerpo.¹²

Aunque Hipócrates fue el primero en emplear la palabra cáncer, el cáncer es un padecimiento tan antiguo como el hombre mismo. La primera evidencia de cáncer en humanos fue en Kenia, donde se encontró un espécimen *homo erectus* con una lesión en mandíbula compatible con linfoma Burkitt. También se han encontrado evidencias de cáncer en varios especímenes de la era neolítica en Egipto y Nubia. Podría afirmarse inclusive que la historia y evolución del cáncer es paralela a la historia y evolución de la humanidad.¹³

Actualmente el término cáncer se utiliza para un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por el crecimiento y diseminación de células anormales, y abarca más de 200 tipos de tumores malignos¹⁴

Epidemiología Del Cáncer

Con la disminución de enfermedades infecto-contagiosas y el aumento en la esperanza de vida, también han aumentado los padecimientos crónico degenerativos, ocupando las primeras causas de muerte.

Entre los años 2007 y 2030, a nivel mundial se estima que la mortalidad por cáncer aumentará de forma dramática, de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones, un aumento de alrededor del 45% debido al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. También se predice un aumento del número de casos nuevos de cáncer, de 11,3 millones en 2007 a 15,5 millones en 2030.

En el año 2005, se registraron en México 495 240 defunciones, 55.2% sucedieron en hombres y 44.8% en mujeres. Los tumores malignos ocupan el tercer lugar en la lista de principales causas de defunción en el país, causando la muerte de 63 128 personas, el 12.7% del total de defunciones registradas en ese año.

Las defunciones por tumores malignos representaron 11.3% del total de fallecimientos en los varones y 14.5%, en las mujeres. En las mujeres, 13.3% de las defunciones por tumores malignos corresponden a cérvicouterino y 13.1% más al de mama; el de hígado y vías biliares intrahepáticas ocasionó 7.9% de las muertes.¹⁵

Antecedentes Y Panorama Actual Del Tratamiento Del Cáncer

Antes del siglo XX se consideraba el diagnóstico de cáncer como sinónimo de muerte, considerándose una enfermedad incurable y letal. Durante el siglo XX hubo grandes avances en investigación médica y en el desarrollo de tratamientos efectivos contra algunos tipos de cáncer, con un mayor auge y desarrollo más acelerado en el siglo XXI. Motivado por la transición epidemiológica y por el impacto social y económico que tienen en la sociedad, se han invertido recursos económicos muy importantes en materia de investigación para el tratamiento y prevención de muchas enfermedades neoplásicas.

Actualmente se cuenta con tratamientos múltiples y más efectivos para el cáncer: la combinación de la terapia endocrina, la quimioterapia, la terapia biológica, técnicas quirúrgicas y radioterapia más efectivas.

Los conceptos modernos de abordaje para el tratamiento del cáncer abarcan también el soporte emocional. Teniendo como antecedente los aportes hechos por la medicina psicosomática y la psiquiatría de enlace, surgió la Psicooncología. Así se identificó desórdenes psiquiátricos comórbidos en pacientes con cáncer, encontrándose una prevalencia altísima de trastornos adaptativos y de depresión en estos pacientes, reconociendo la necesidad de un enfoque biopsicosocial e intervención multidisciplinaria.

Quimioterapia Ambulatoria

La administración de quimioterapia es uno de los procedimientos claves en el manejo del paciente oncológico, consiste en la administración de fármacos antineoplásicos que provocan la destrucción de las células tumorales, al obstaculizar sus funciones, incluida la división celular. Se emplea ante todo para el tratamiento de neoplasias generalizadas, aunque a veces se utiliza para lesiones localizadas como coadyuvante de otros tratamientos.

El tratamiento, su duración, dosis, fármacos, etc. dependen de factores tan diversos como el tipo de cáncer, su localización y el estado general del paciente.

En su mayoría, la quimioterapia se da en el contexto del paciente ambulatorio que acude a una unidad de aplicación externa. Ello permite que el paciente siga insertado en su cotidianidad, sin necesidad de permanecer hospitalizado. La aplicación generalmente se da dentro del área por un período de infusión que puede ser de 30 minutos hasta varias horas.¹⁶

Existen más de 50 medicamentos diferentes para combatir la enfermedad y prevenir el crecimiento de las células malignas, pues éstas se caracterizan por el crecimiento descontrolado. Por ello, los medicamentos quimioterapéuticos pueden emplearse solos o combinados, estando dirigidos a bloquear la multiplicación caótica de las células cancerosas.

Los agentes quimioterapéuticos pueden administrarse por vía oral, sin embargo el sistema digestivo no siempre los puede absorber, por lo que se suele recurrir a la vía intramuscular o intravenosa, siendo esta última la más frecuente.

La quimioterapia se usa para curar el cáncer, para controlarlo o de forma paliativa. Los fármacos utilizados pueden dividirse en varias categorías en función de cómo afectan a las células malignas:

- Agentes alquilantes.
- Nitrosureas.
- Antimetabolitos.
- Antibióticos antitumorales.
- Inhibidores mitóticos.
- Inmunoterapia.

Efectos Adversos De La Quimioterapia

La quimioterapia no actúa selectivamente sobre las células tumorales produciendo su efecto citotóxico (inhibiendo el ciclo de división celular), sino que su falta de especificidad hace que también ejerza su acción sobre el resto del organismo. Por ello, los fármacos citotóxicos tienen un amplio espectro de toxicidades en diferentes órganos pudiendo ser desde toxicidades leves hasta llegar a conducir a la muerte.

El propósito de la quimioterapia es reducir el volumen del tumor; sin embargo, remisiones tumorales parciales o completas se acompañan muchas veces de deterioro de las condiciones globales del paciente, ya que tiene un efecto generalizado sobre el organismo afectando tanto a células neoplásicas como a células de tejidos sanos.

La toxicidad causada por los agentes empleados en la quimioterapia se clasifica según la Organización Mundial de la Salud por la graduación de los síntomas que va, desde la ausencia de toxicidad (grado 0), hasta la máxima toxicidad registrada (grado 4). Se divide además en toxicidad hematológica y extrahematológica.

La mielodepresión, alopecia, astenia, junto con la toxicidad digestiva y las reacciones alérgicas son las que más preocupan a los pacientes. La toxicidad hematológica es el principal efecto secundario de la mayoría de los esquemas de quimioterapia, ya que al actuar sobre la división celular, la médula ósea es especialmente sensible. Se manifiesta primero como leucopenia, después trombocitopenia y finalmente anemia. La toxicidad puede variar dependiendo del fármaco empleado.

La toxicidad extrahematológica se presenta como toxicidad digestiva, cardiovascular, pulmonar, neurológica, renal y vesical, en piel y anexos, gonadal y teratogénica, gustativa y olfativa, ocular, de hipersensibilidad, de disfunción sexual y de carcinogenicidad.

Los efectos tóxicos generales producen en el paciente un profundo impacto psicológico, por lo que es necesario abordar los efectos secundarios de la quimioterapia desde un punto de vista multidisciplinar, teniendo en cuenta los aspectos tanto médicos como psicológicos.¹⁷

En los últimos años se han desarrollado nuevos fármacos y esquemas terapéuticos que han aumentado el número de remisiones, permitiendo una mejor calidad de vida. Incluso se ha aumentado el intervalo libre de progresión y enfermedad y en algunos casos se ha aumentado la supervivencia global.

La administración de quimioterapia ambulatoria es uno de los procedimientos claves en el manejo del paciente oncológico. El modelo puede extenderse no sólo a la aplicación dentro del área, sino también extenderse al domicilio del paciente con el uso de las bombas mecánicas de infusión llamadas "infusores". Con estos dispositivos es posible administrar durante varios días agentes antineoplásicos o dar el apoyo IV para manejo del dolor o antiemético. Este modelo permite evitar la hospitalización del paciente que recibe terapia intravenosa, con un ahorro de días cama, mejora en la calidad de vida y reducción de infecciones nosocomiales.¹⁸

DEPRESIÓN

Definición De Depresión

La palabra **depresión** proviene del vocablo latin *depressus*, que significa "abatido" o "derribado". Antes conocido con el término *melancolía* (del griego clásico μέλας, "negro" y χολή, "bilis", el término depresión fue acuñado en 1725, por el británico Sir Richard Blackmore .¹⁹

Fue descrita por primera vez como tal por Hipócrates (460-375 AC), quien afirmó que las enfermedades mentales lo son del cerebro y las clasificó en tres categorías: manía, melancolía y frenitis²⁰

La depresión es un trastorno del estado de ánimo en el cual hay humor deprimido con pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio. Otros signos y síntomas incluyen cambios en la actividad, funciones cognitivas, lenguaje y funciones vegetativas, que repercuten en el funcionamiento laboral, social e interpersonal.

Existen descripciones de la depresión desde la antigüedad, incluyendo el Viejo Testamento y La Iliada de Homero.²¹

Epidemiología De La Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta alrededor de 121 millones de personas en el mundo, menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos, y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida. Éste número aumenta si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Además, es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares.²²

Clasificación De La Depresión

La depresión mayor es un síndrome en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida). Debido a que, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.²³

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, siendo los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión (CIE-10), y los del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su cuarta versión revisada (DSM-IV-TR).

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave, con o sin síntomas psicóticos. En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar, y aumento de la fatigabilidad. Así mismo, el episodio debe durar al menos dos semanas. (Cuadro 1 y 2)²⁴

Cuadro 1. Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10

<p>A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</p> <p>B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</p> <p>C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.• Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.• Despertarse por la mañana 2 ó más horas antes de la hora habitual.• Empeoramiento matutino del humor depresivo.• Presencia de enlentecimiento motor o agitación• Pérdida marcada del apetito.• Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.• Notable disminución del interés sexual.

Cuadro 2. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo.</p> <ol style="list-style-type: none">1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. <p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad. <p>C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.

6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome Somático.

Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no con el estado de ánimo.

CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Panamericana 2000.

El DSM-IV-TR utiliza una lista de 9 síntomas depresivos. Requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.²⁵

ANSIEDAD

Definición de ansiedad

El término *ansiedad*, proviene del latín "anxietas", congoja o aflicción. Es un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración

irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

El DSM-IV-TR identifica a la ansiedad como la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión, siendo el objetivo del daño anticipado interno o externo.

Consideramos a la ansiedad como una emoción psicobiológica básica, una respuesta adaptativa normal a la amenaza o al estrés, mejorando de esta manera la actuación o desempeño del individuo. Pero si la respuesta fuese excesiva o desmedida, estos mecanismos de adaptación se verían deteriorados.

Epidemiología De La Ansiedad

Los Trastornos de Ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México. En algún momento de sus vidas, se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Uno de cada ocho Norteamericanos entre los 18 y 54 años padece algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas.

Los trastornos de ansiedad más frecuentes en el primer nivel de atención en México son los trastornos de ansiedad generalizada, las crisis de angustia (ataques de pánico) y algunos trastornos fóbicos.²⁶

Clasificación De La Ansiedad

El DSM-IV-TR enumera doce trastornos de ansiedad:

1. Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia) sin agorafobia
2. Ataques de pánico con agorafobia
3. Agorafobia sin ataques de pánico
4. Fobia específica
5. Fobia social

6. Trastorno de ansiedad generalizada
7. Trastorno por estrés agudo
8. Trastorno por estrés postraumático
9. Trastorno obsesivo compulsivo
10. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
11. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
12. Trastorno de ansiedad sin otra especificación

En la CIE-10, los trastornos neuróticos se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos debido a su asociación histórica con el concepto de neurosis y a la asociación de una proporción sustancial de estos trastornos con etiología psicológica. Las principales categorías de la CIE-10 de trastornos de ansiedad “neuróticos” son:

1. Trastornos de ansiedad fóbica (agorafobia, fobias sociales, y fobias específicas)
2. Trastorno de pánico
3. Trastornos de ansiedad generalizada
4. Trastorno mixto de ansiedad y depresión
5. Trastorno obsesivo compulsivo

Criterios De La CIE-10 Para Los Trastornos de Ansiedad.

Los trastornos de ansiedad más comúnmente identificados en pacientes con cáncer son el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Ansiedad Paroxística (crisis de pánico).

La característica esencial del Trastorno de Ansiedad generalizada es una ansiedad persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes son muy variables, pero los más frecuentes son quejas de

sentirse constantemente nervioso, temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas (Cuadro 3). A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

El Trastorno de Ansiedad Paroxística se caracteriza por la aparición espontánea e inesperada de ataques de pánico, es decir, periodos definidos de miedo intenso que pueden variar de varios episodios en un día a unos pocos en un año. Este trastorno suele acompañarse de agorafobia, un miedo intenso a estar solo en lugares públicos, sobre todo en lugares donde sería difícil obtener ayuda. A menudo el ataque de pánico inicia con un periodo de 10 minutos de síntomas que aumentan con rapidez. Los principales síntomas mentales son miedo extremo y sensación de muerte y desgracia inminentes.

Por lo general, los pacientes no pueden nombrar el origen del miedo, se pueden sentir confundidos y tienen problemas para concentrarse. Los signos físicos suelen ser taquicardia, palpitaciones, disnea y sudoración. Habitualmente, la crisis persiste de 20 a 30 minutos y rara vez, más de una hora. Durante el ataque de pánico, los pacientes pueden presentar depresión o despersonalización (Cuadro 4). Los síntomas pueden desaparecer rápida o gradualmente. Entre ataques, puede haber ansiedad anticipatoria acerca de sufrir otro.

Cuadro 3. Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada según CIE-10

A. Debe haber un periodo de por lo menos 6 meses de tensión, preocupación y sentimientos de aprensión notorios a cerca de circunstancias y problemas cotidianos.

B. Debe haber no menos de cuatro de los síntomas enumerados a continuación, por lo menos uno de los cuales debe ser de los ítems (1) o (4):

Síntoma de excitación autónoma.

1. Palpitaciones o latido violento del corazón , o taquicardia.
2. Sudoración.

3. Temblor o estremecimiento.

4. Sequedad bucal no debida a medicación ni deshidratación.

Síntomas torácicos o abdominales.

5. Dificultad para respirar.

6. Sensación de asfixia.

7. Dolor o molestias torácicos.

Síntomas del estado mental.

9. Sentirse mareado, inestable, débil o aturdido.

10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización), o que uno esta distante o “no realmente aquí” (despersonalización).

11. Miedo de perder el control , “volverse loco “ o desmayarse.

12. Miedo a morir.

Síntomas generales.

13. Acaloramiento o escalofríos.

14. Sensaciones de entumecimiento u hormigueo.

Síntomas de tensión.

15. Tensión muscular o dolorimiento y dolores.

16. Desasosiego e incapacidad de relajarse.

17. Sensación de estar exaltado, irritable o mentalmente tenso.

18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para deglutir.

Otros síntomas inespecíficos.

19. Respuesta exagerada a sorpresas menores o sobresaltos.

20. Dificultad para concentrarse o tener la mente “en blanco” debido a la preocupación o la ansiedad.

21. Irritabilidad persistente.

22. Dificultad para conciliar el sueño.

C. El trastorno no cumple los criterios de trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno hipocóndrico.

D. Criterio de exclusión más comúnmente utilizado. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno físico como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico, ni a un trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, por ejemplo, consumo excesivo de sustancias tipo anfetaminas o abstinencia.

CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Panamericana 2000.

Cuadro 4. Criterios diagnósticos del trastorno de pánico de la CIE-10

A. El individuo presenta ataques de pánico recurrentes que no se asocian uniformemente con una situación ni un objeto específico, y que suele sobrevenir espontáneamente (es decir, los episodios son imprevisibles). Los ataques de pánico no se asocian con marcado esfuerzo, ni con exposición a situaciones peligrosas o potencialmente mortales.

B. Un ataque de pánico se caracteriza por todas las manifestaciones siguientes:

1. Es un episodio definido de miedo o malestar intenso.
2. Comienza bruscamente.
3. Alcanzar un máximo en unos pocos minutos y persiste por lo menos algunos minutos.
4. Debe haber no menos de cuatro de los síntomas enumerados a continuación, uno de los cuales debe ser de los ítem (a) o (d).

Síntomas de excitación autónoma.

- a. Palpitaciones o latido violento del corazón, o taquicardia.
- b. Sudoración.
- c. Temblor o estremecimiento.
- d. Sequedad bucal (no debida a medicación ni deshidratación).

Síntomas torácicos y abdominales.

- e. Dificultad para respirar.
- f. Sensación de asfixia.
- g. Dolor o molestias torácicos
- h. Náuseas o malestar abdominal (estómago revuelto)

Síntomas del estado mental.

- i. Sensación de mareo, inestabilidad, debilidad o aturdimiento.
- j. Sensación de que los objetos son irreales(desrealización) o que uno esta distante o “no realmente aquí” (despersonalización).
- k. Miedo a perder el control, “volverse loco” o desmayarse.
- l. Miedo a morir.

Síntomas generales

- m. Acaloramiento o escalofríos.
- n. Sensaciones de entumecimiento u hormigueo.

C. Criterio de exclusión más comúnmente utilizado. Los ataques de pánico no son causados por un trastorno físico, un trastorno mental orgánico ni otros trastornos mentales, como esquizofrenia y trastornos relacionados, trastornos del estado de ánimo o trastornos somatomorfos.

El rango de variación individual del contenido y la gravedad es tan grande que, si se desea, se puede especificar dos grados, moderado y grave, con un quinto

carácter.

Trastorno de pánico moderado.

Por lo menos cuatro ataques de pánico en un periodo de 4 semanas.

Trastorno de pánico grave.

Por lo menos cuatro ataques de pánico por semana en un periodo de 4 semanas.

CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Panamericana 2000.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADAS A CÁNCER

La respuesta emocional que inicialmente muestra el paciente ante el diagnóstico de cáncer suele ser breve, con una duración de varios días o semanas, y puede incluir sentimientos de incredulidad, rechazo o desesperación.

La respuesta emocional al diagnóstico de cáncer o a una recaída puede comenzar con un período disfórico marcado por un aumento en la agitación. Durante este tiempo el individuo experimentará trastornos del sueño y del apetito, ansiedad, cavilaciones y temor al futuro. Sin embargo, estudios epidemiológicos indican que al menos la mitad de todas las personas diagnosticadas con cáncer se adaptarán satisfactoriamente.

A pesar de los progresos científicos que en algunos casos pueden asegurar la remisión y la posibilidad de curación, el cáncer sigue siendo una enfermedad asociada a la desesperanza, dolor, miedo y muerte. Su diagnóstico y su tratamiento producen con frecuencia un fuerte impacto emocional y estrés psicológico.²⁷

Se han reportado indicadores que pueden señalar mayor riesgo a desarrollar trastornos depresivos o de ansiedad como son: antecedentes de depresión, sistema precario de respaldo social (soltero, pocos amigos, ambiente laboral solitario), indicios de creencias irracionales persistentes o pensamientos negativos respecto al diagnóstico, pronóstico más grave, mayor disfunción relacionada con el cáncer.

La presencia de alteraciones psicopatológicas o trastornos mentales en pacientes con cáncer ha sido extensamente documentada, sin embargo la prevalencia de ansiedad y depresión en diversos estudios es muy variable de 1 hasta 77%; esto puede ser debido principalmente en la variabilidad de la

precisión de los instrumentos de diagnóstico utilizados y a la heterogeneidad de las poblaciones estudiadas.

La depresión y la ansiedad son dos factores principales de morbilidad psicológica en pacientes oncológicos, que pueden afectar directamente el tratamiento, bajando las defensas o indirectamente afectando su vida social, cultural, laboral y familiar.

La ansiedad se puede manifestar en el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica o de la recidiva, cuando el paciente está esperando el nuevo tratamiento, durante el mismo y en los estadios avanzados o terminales. De hecho, todo el proceso de la enfermedad neoplásica está plagado de miedos, angustia y dudas. Aunque algunos estudios informan que la ansiedad aumenta conforme empeora la gravedad y el pronóstico de la enfermedad, en la clínica diaria se observa que los pacientes en estadios precoces de la enfermedad o incluso con pronósticos favorables, también pueden desencadenar intensas manifestaciones de ansiedad.

Se han realizado diversos estudios en los que se ha asociado a la depresión con el incremento en la mortalidad. Mykklentun y Bjerkeset (2009) investigaron la asociación entre síntomas de ansiedad y depresión y la mortalidad en un periodo de 3-6 años, encontrando que la depresión es un factor de riesgo para mortalidad comparable con la que tiene el fumar, no encontrando una relación más compleja con los síntomas de ansiedad.²⁸

Existe una alta prevalencia de enfermedad psiquiátrica, especialmente depresión y ansiedad, entre los pacientes con enfermedades médicas. En una revisión de estudios, Katon y Sullivan (1990) llegaron a la conclusión de que el 6% de los pacientes de atención primaria y el 11% de los pacientes internados tenían depresión mayor, en comparación con el 3% de la población general. En un estudio cuidadosamente diseñado, el 47% de los pacientes con cáncer tenían un trastorno psiquiátrico diagnosticable (Derogatis y cols., 1983) y la proporción de pacientes con cáncer y trastornos psiquiátricos ha sido confirmado recientemente con el Hospital Anxiety and Depression Scale (Carroll y cols., 1993). Un estudio reciente reporta una incidencia de depresión entre pacientes de cáncer de 4,5% a 50% (McDaniel y Nemeroff, 1993). Los síntomas más comunes asociados con la depresión en pacientes con cáncer

son la disminución de la energía, la disfunción sexual, disminución del empleo (Tross & Holland, 1989) y el aislamiento social (Spiegel, 1990). La ansiedad acerca del cáncer lleva al retraso en su diagnóstico, que se ha estimado que reduce las perspectivas de supervivencia a largo plazo de un 10% a 20% (Holanda, 1989).

A pesar de la alta prevalencia de la depresión observada en la literatura de investigación en pacientes con cáncer, a menudo es infradiagnosticada para los enfermos, debido a: (a) la atribución errónea de los síntomas depresivos, tales como pérdida de energía, trastornos del apetito y dificultades para dormir a los síntomas de cáncer o de su tratamiento, (b) centrarse en los signos y los síntomas médicos excluyendo los psiquiátricos, y (c) el nihilismo terapéutico en relación con los trastornos psiquiátricos (Spiegel y Sands, 1988; McDaniel y Nemeroff, 1993).²⁹

Los resultados de una revisión realizada por Peter P. Roy-Byrne y cols. (2007) sobre el papel de los trastornos de ansiedad en algunas enfermedades médicas (Síndrome del intestino irritable, asma, etc.), reporta que en la mayoría de los estudios revisados se apoya la asociación entre las enfermedades psiquiátricas y las condiciones médicas crónicas mencionadas. La mayoría de los estudios se centran en la depresión, encontrando que ésta puede afectar negativamente el autocuidado y aumentar el riesgo de complicaciones y mortalidad de la enfermedad de base. Aunque los trastornos de ansiedad no están tan bien estudiados, evidencia epidemiológica y clínica sólida muestra de que los trastornos de ansiedad pueden desempeñar un papel igualmente importante.³⁰

PERSONALIDAD

Definición De Personalidad

La palabra personalidad, al igual que la de "**persona**", deriva del latín "**personam**", palabra que se designaba a la máscara con que cubrían su rostro los actores durante las representaciones dramáticas. Poco a poco, el término fue pasando de su significado concreto a otras de índole más abstracta.

La definición de personalidad, depende en gran parte de la orientación teórica en la que se base. En términos generales, la personalidad constituye aquellas características de la persona que manifiestan patrones permanentes en su manera de actuar, pensar y sentir.

Los primeros teóricos de la personalidad, refirieron a la personalidad en términos de tipos o tipologías, las cuales constan de categorías diferentes y aisladas en las que puede ser ubicada una persona.³¹

Dos términos de especial interés en la historia de la personalidad son el temperamento y la constitución. El temperamento es definido como una agrupación de rasgos que corresponden a las características emocionales de la conducta, rasgos que corresponden a las características emocionales de la conducta y que determinan el componente genético de la personalidad. Por otro lado, el término constitución especula que las variaciones morfológicas son la base de la conducta.³²

Entre las tipologías más importantes del temperamento destacan las de Hipócrates, Galeno, Kant y Wundt y, dentro de las tipologías constitucionales, la influencia de Kertschmer, Teplov y Jung.³³

Gordon Allport, el padre de la psicología de la personalidad, define la personalidad como "la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su comportamiento característico y el pensamiento".

La personalidad es un sistema estable y organizado compuesto por subsistemas perceptivo, cognitivo, afectivo y de comportamiento que son ordenados jerárquicamente y que determinan cómo los seres humanos comprenden y reaccionan socialmente ante los demás. Una forma más útil de entender la personalidad es operacionalmente, cuando se define por sus funciones. Una de las principales funciones de la personalidad es orientar y regular nuestras relaciones interpersonales diádicas y nuestro pequeño grupo de interacciones sociales. Las relaciones interpersonales sutiles y las efectivas interacciones sociales son cruciales para el éxito en la vida y la adaptación a los logros.³⁴

Existen definiciones que describen a la personalidad como la suma de las características antes mencionadas, y otras que la definen de forma más integradora como Hans Eysenck que propuso un modelo de la personalidad estructurado en tres dimensiones (extraversión, neuroticismo y psicoticismo). Por las iniciales de estas tres dimensiones se le ha llamado el modelo PEN. Este modelo tiene una fundamentación psicométrica (análisis factorial).

Definición De Rasgo

El fenómeno de la psicología de la personalidad condujo a un cambio importante en el avance del estudio científico de la personalidad con la incorporación del concepto de rasgo y la aplicación del análisis factorial.

Allport y Odbert en los años 30's fueron los primeros en definir el término *rasgo*, entendiéndolo como tendencias determinantes generalizadas y personalizadas, modos consistentes y estables de adaptación de un individuo a su ambiente.³⁵ De acuerdo a Pueyo, los rasgos son características psicológicas disposicionales amplias, consistentes y estables en el tiempo que se utilizan para descubrir, evaluar y predecir la personalidad de los individuos. Es importante clarificar el significado de los rasgos disposicionales, amplios, consistentes y estables para evitar confusiones.¹⁴

El concepto de tipo y rasgo han sido de gran utilidad para todos aquellos que han estudiado los mecanismos del comportamiento consistente y congruente. El *tipo* hace referencia a un concepto superior al de *rasgo*; los rasgos se intercorrelacionan y de estas intercorrelaciones surge un tipo.³⁶

Gilford, Catell y Eysenck fueron los que identificaron los primeros factores de personalidad. Dentro de los modelos factoriales de la personalidad se encuentran los modelos factoriales biológicos de la personalidad que consideran que la base de la personalidad se localiza en mecanismos biológicos. Dentro de estos modelos factoriales biológicos de la personalidad destacan el modelo de Eysenck, el modelo de Gray, el modelo de Zuckerman y el modelo de Cloninger.³⁷

El modelo PEN de Eysenck ha sido uno de los más representativos al crear la teoría más sólida de la base biológica de la personalidad.³⁸ Una de las aportaciones más importantes en el terreno de la psicología de la personalidad es, sin duda, el modelo biológico de la personalidad de Eysenck. La base de la teoría se centra en la localización de un grupo de dimensiones las cuales son independientes entre sí. Estas dimensiones tienen una base biológica y genética que perdura por un largo tiempo.

Según Eysenck, los individuos nacen con una estructura específica a nivel cerebral que ocasionan discrepancias en la actividad psicofisiológica, que inclinan a la persona a desarrollar diferencias en los mecanismos psicológicos que causan que la persona tenga un tipo específico de personalidad. Eysenck fue el primer psicólogo en formular un paradigma que tuviera de manera simultánea un análisis descriptivo y causal de la personalidad. Esta teoría está formada por tres dimensiones básicas: extroversión (E) neuroticismo (N) y psicoticismo (P). Esta teoría se basa en un enfoque biosocial, lo que implica la importancia de los factores ambientales y genéticos como determinantes de la conducta. Además, Eysenck hace uso del modelo hipotético deductivo. Señala a la personalidad como una estructura hipotética con argumentos teóricos para después hacer una comprobación deductiva con estudios empíricos. También utiliza un enfoque monotético. El enfoque monotético afirma que para que el estudio de la personalidad llegue a ser una ciencia, debe de partir de leyes generales de la conducta. En su parte descriptiva comprendía la estructura de la personalidad, partiendo de las conductas más específicas hasta la más generales. En la parte causal, le otorgó una explicación biológica a cada dimensión de la personalidad.

Estructura De La Personalidad De Eysenck

La descripción de la personalidad es la herramienta que hace posible el ingreso al análisis causal. Eysenck entendía el concepto de personalidad como una organización más o menos estable y duradera de carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente. En 1947, el autor del modelo PEN creó la estructura de la

personalidad ordenada jerárquicamente por diversos conjuntos de conductas que difieren en grado de generalidad para la personalidad.

El establecimiento de dimensiones de personalidad se crea por la recolección de diferentes datos, tales como: experimentales, constitucionales, autoinformes y datos clínicos. Las primeras investigaciones acerca de la dimensión *extroversión* y *neuroticismo* procedieron de un estudio de Eysenck en 1944, en el que 700 pacientes con problemas neuróticos fueron valorados de acuerdo a 39 ítems seleccionados con base a información necesaria: antecedentes familiares, la periodicidad de las quejas emitidas, peso, edad, relaciones sexuales, vida social, etc. Posteriormente, estos ítems se correlacionaron mediante el análisis factorial y se extrajeron dos factores primordiales: el primero revelaba el 14% de la varianza y fue llamado *neuroticismo*, y el segundo fue un factor bipolar que revelaba el 12% de la varianza y fue llamado *distimia-histeria*. En este factor se manifestaban dos agrupaciones de síntomas. En la distimia sobresalían: la ansiedad, tendencias obsesivo-compulsivas, irritabilidad y depresión; mientras que en la histeria sobresalían: síntomas de conversión, trastornos sexuales y actitudes histéricas. Cuando la investigación se repitió en individuos normales, el factor bipolar fue llamado extroversión- introversión. Este estudio establecería el tipo de alteración psiquiátrica que los sujetos sufrirían: el distímico sería ejemplar del introvertido neurótico y el histérico del extrovertido neurótico. Eysenck incorporó la dimensión de psicoticismo años después.

De acuerdo con Eysenck, el comportamiento se puede ordenar en cuatro niveles. En el nivel más bajo se encuentran las respuestas específicas, que se refieren a conductas que pueden observarse una vez, y que pueden ser o no características de la persona. En el siguiente nivel (de abajo hacia arriba), están las respuestas habituales, aquellas conductas que tienden a suceder frecuentemente bajo contextos parecidos. En el tercer nivel, se localizan los actos habituales que se ordenan por rasgos. Los rasgos son constructos cimentados en las correlaciones que se extraen de un número de respuestas habituales. Por ejemplo, los rasgos de la sociabilidad contienen conductas como hablar, conocer a mucha gente, preferencia por la compañía, etcétera. En el cuarto nivel, se halla la ordenación de rasgos en tipos. Este nivel es el

más extenso en el sentido de generalidad, formándose a partir de correlaciones observadas entre los diferentes rasgos y corresponde a las dimensiones, tipos o superfactores. Eysenck aplica esta estructura jerárquica de personalidad a cada dimensión de su modelo. Las tres dimensiones son: extroversión contra introversión, neuroticismo contra estabilidad, psicoticismo contra control de impulsos. De acuerdo a Eysenck, las puntuaciones más altas en extroversión indicarían un comportamiento extrovertido, mientras que las puntuaciones bajas indicarían un comportamiento introvertido. Por otro lado, las puntuaciones altas en la dimensión neuroticismo indicarían inestabilidad emocional, mientras que las puntuaciones bajas indicarían estabilidad emocional.

Las dimensiones de extroversión-introversión y neuroticismo-estabilidad simbolizan un nivel continuo de distribución entre dos polos opuestos. En síntesis, cada individuo puede situarse en algún punto sobre la línea entre extroversión-introversión y estabilidad-inestabilidad emocional. Normalmente la mayoría de la gente se encuentra situado en un punto medio, los extremos en cualquier trayectoria son difíciles de encontrar.

Respecto al psicoticismo, la persona que obtiene puntuaciones elevadas de esta dimensión se caracteriza por ser inhumano, insensible, antisocial, solitario, violento, con falta de empatía, ofensivo aventurero, agresivo, extravagante, disfruta de molestar a otros y evade relaciones cercanas. Las puntuaciones altas se relacionan con diversas conductas anormales y trastornos mentales. El psicoticismo indica una propensión a la psicosis. La psicosis es definida como un trastorno mental que implica falta de contacto con la realidad y una incapacidad para realizar actividades de la vida cotidiana. El psicoticismo, en contraste con las dimensiones extroversión-introversión y neuroticismo-estabilidad, no es una dimensión que cuente con un extremo inverso, más bien es un componente presente en diferentes niveles en las personas.

Bases Biológicas Del Modelo De Eysenck

Eysenck propuso para la dimensión extroversión-introversión dos teorías fisiológicas. La primera propone diferencias fisiológicas, pero no les otorga ubicación orgánica y la segunda plantea procesos fisiológicos, pero esta vez

determinando la ubicación fisiológica donde ocurren las diferencias conductuales.

En 1957, Eysenck creó la primera teoría para explicar la dimensión de extraversión denominada Teoría de la Inhibición. Parte de los conceptos de excitación–inhibición, los cuales ya habían sido mencionados por Pavlov y Hull. Eysenck, desde el punto de vista psicológico, entendía por excitación los procesos corticales desconocidos que hacen más fácil el aprendizaje, el condicionamiento, el pensamiento, la memoria, la percepción y los procesos mentales en general, mientras que la inhibición los dificulta. Es importante señalar que esta teoría entiende el concepto de inhibición como un proceso fisiológico desconocido. Del postulado tipológico se puede deducir que la persona que cuenta con un potencial excitatorio débil posee una inhibición fuerte, mientras que quien posee un potencial excitatorio fuerte, tiene una inhibición débil. Por lo tanto, concluye que las personas extrovertidas tienen una excitación baja y una inhibición alta, mientras que las personas introvertidas tienen una excitación alta y una inhibición baja. En resumen, esta teoría intenta brindar aspectos psicológicos y fisiológicos, fundamentados en lo que se conocía de la fisiología del Sistema Nervioso Central (SNC) para dar una explicación a la conducta extrovertida e introvertida.

La segunda teoría explicativa denominada “Teoría Arousal – Activación “ fue creada por Eysenck en 1967. Propone que el comportamiento del extrovertido depende de la excitación cortical, la cual está regulada por la formación reticular a través de la acción de un sistema de conexiones neuronales que se llama Sistema Reticular Activador Ascendente (SRAA). En este momento fue cuando se refirió al nivel de excitación cortical como *arousal*. De acuerdo con esta teoría, los individuos que normalmente tienen un nivel de excitación cortical (arousal) bajo, tienden a presentar patrones de conducta extrovertida, mientras que los que tienen un nivel de excitación cortical (arousal) alto, tienden a presentar patrones de conducta introvertida.

La Formación Reticular se encuentra localizada en el tronco encefálico, la cual está implicada en regular los niveles de excitación que van de los estados del sueño hasta los de alerta máxima mediante el SRAA. Consiste en un conjunto de células cuyos axones y dendritas discurre en varias direcciones,

expandiéndose desde el bulbo raquídeo hasta el tálamo. Cuando el SRAA funciona a un nivel alto, el individuo reporta que se siente alerta y despierto. En cambio, a un nivel bajo se siente lento y con sueño. Moruzzi y Magoun fueron los primeros científicos en estudiar sistemáticamente la Formación Reticular en 1949. Su conocimiento acerca del SRAA contribuyó a la formación de la teoría Arousal de Eysenck. Moruzzi y Magoun encontraron que al estimular eléctricamente la Formación Reticular en animales dormidos, éstos se despertaban rápidamente.

Eysenck relacionó el concepto arousal con el estado de alerta cortical, pero el primero en introducirlo fue Duffy en los años 60's. Duffy definió el término arousal como una energización no específica del SNC. El arousal es un concepto hipotético que se utiliza para describir el nivel de activación de un individuo que puede partir desde estados de alerta máxima con un alto nivel cortical, hasta estados de sueño, con bajo nivel cortical.

La hipótesis de que los extrovertidos están menos excitados corticalmente y los introvertidos están más excitados, se puede respaldar por el supuesto de que aquellos con menor excitación les agrada asistir a reuniones, fiestas y bares, siendo más sociables. En cambio, aquellos que ya tienen un nivel de excitación cortical alto de manera genética, prefieren poca estimulación externa, buscando actividades que no provoquen más estimulación, como leer un libro o ver una nueva película. De lo contrario, un exceso de estimulación externa les provocaría un estado de excitación no placentero. En el caso de los extrovertidos, las actividades monótonas provocarían un estado de excitación no placentero.

Se debe notar que la teoría de la Activación-Arousal presenta una evolución y ampliación de la teoría de la Inhibición, más que la creación de una nueva. De acuerdo con la primera teoría, los introvertidos tenían potenciales excitatorios más altos y una inhibición más baja, mientras que en la nueva, tienen un nivel de arousal más alto. En cambio, los extrovertidos en un principio tenían potenciales excitatorios bajos y una inhibición alta, mientras que ahora tienen un nivel arousal bajo.

Eysenck concedió una explicación biológica al neuroticismo, la cual consistía en diferencias en la activación del sistema límbico. El sistema límbico está

constituido por la circunvolución del cuerpo caloso, la amígdala, el hipocampo, el hipotálamo, cuerpo mamilar y el fórnix, entre otros.

De acuerdo a Eysenck, la actividad del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) está relacionado con la dimensión de neuroticismo. Según el autor, “la labilidad del SNA significa que este sistema se activa fácilmente y cambia el sentido de su actividad de forma rápida”. Esta característica del SNA constituye la base del neuroticismo. Por lo tanto, si esta dimensión señala una predisposición a las respuestas ansiosas y dentro de estas respuestas está involucrada la actividad del SNA, se puede suponer que la facilidad para activarse del SNA apoya la dimensión del neuroticismo. En resumen, el individuo con un alto neuroticismo o inestabilidad emocional será aquel que tenga un SNA fácilmente activable, mientras que el individuo que tenga un bajo neuroticismo o estabilidad emocional será aquel que tenga un SNA difícilmente activable. El autor utilizó el término *activación* para referirse a la actividad del SNA y el término *arousal* para referirse al nivel de activación cortical.

El supuesto de las bases de psicoticismo no han sido señaladas claramente. Eysenck no plantea ninguna estructura orgánica específica como fundamento biológico para esta dimensión.

PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Existen dos modelos que proponen una explicación sobre la naturaleza de la relación entre rasgos de personalidad y la depresión. El primero es el modelo de “vulnerabilidad” que plantea que los rasgos de personalidad constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión. El segundo es el modelo de “cicatriz” o “complicaciones”, que sugiere que el episodio depresivo es el causal de un cambio duradero en la personalidad. Sin embargo, existe más evidencia que respalda el modelo de vulnerabilidad.³⁹

Numerosos estudios han demostrado que los individuos con antecedentes de depresión se caracterizan por altos niveles de ciertos rasgos patológicos de personalidad como neuroticismo, introversión, dependencia interpersonal, sumisión y la falta de confianza en sí mismo.⁴⁰

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, este rasgo de personalidad infiere mayor susceptibilidad para desarrollar depresión ante los eventos adversos de la vida.

En un estudio longitudinal en 20 692 gemelos publicado por Kendler y Gatz (2006) se determinó que los niveles de neuroticismo predicen fuertemente el riesgo durante la vida de presentar depresión mayor.⁴¹

En un estudio realizado en 109 médicos, se midió el estrés, la ansiedad y los factores de personalidad, encontrándose una correlación significativa entre las puntuaciones altas de neuroticismo como un factor predisponente para la presencia de estrés, ansiedad y depresión.⁴²

Berlanga C. y Heinze G. (1999) refieren que un elevado puntaje en el cuestionario de personalidad de Eysenck en la subescala de neuroticismo podría tener un impacto en los resultados a largo plazo del tratamiento para la depresión.⁴³

En un estudio longitudinal realizado en pacientes con antecedentes de un accidente cerebrovascular publicado por Aben y cols. (2002) para determinar la influencia de los rasgos de personalidad en el desarrollo de depresión posterior a un ictus, concluyó que el neuroticismo es un predictor importante y que es necesario que la personalidad se tome en cuenta como un factor de vulnerabilidad potencial para la depresión en estos pacientes.⁴⁴

JUSTIFICACIÓN

Es frecuente que el paciente con diagnóstico de cáncer presente síntomas de ansiedad y depresión desde que recibe el diagnóstico y durante todo el proceso de tratamiento. Un porcentaje de estos pacientes desarrollan trastornos depresivos y de ansiedad, lo cual puede ser un factor importante en la evolución de su padecimiento oncológico. El tratamiento con quimioterapia, debido a los efectos adversos que presenta, tiene mayor relación con el deterioro del bienestar y la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, no todos los pacientes expuestos a esta situación desarrollan trastornos depresivos y de ansiedad, por lo que es posible que existan factores psicológicos de vulnerabilidad. Nos interesa conocer si existe una correlación entre los rasgos de personalidad y la presencia de estos síntomas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante un periodo de 3 meses, comprendido de junio a agosto del año 2009, en el servicio de Quimioterapia Ambulatoria del Hospital General de México, se evaluaron al azar a 90 pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer, aplicándoles los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck, con el fin de establecer si existe alguna asociación entre los rasgos de personalidad con la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad y depresión en este grupo de pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar si existe una asociación entre los rasgos de personalidad y la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad y depresión, en pacientes con cáncer.

Objetivos específicos

Describir las características demográficas (escolaridad, estado civil, religión y edad) de la muestra de pacientes sometidos al estudio.

Describir el tipo de tumores malignos presentes en los pacientes sometidos al estudio.

Aplicar los inventarios de depresión y ansiedad de Beck y el Cuestionario de personalidad de Eysenck en los pacientes sometidos al estudio.

Describir la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes sometidos al estudio.

Describir los puntajes obtenidos en el Cuestionario de personalidad de Eysenck en los pacientes sometidos al estudio.

Analizar la asociación de los rasgos de personalidad identificados en la muestra con la presencia y grado de síntomas de ansiedad y depresión.

Analizar la asociación entre el número de sesiones de quimioterapia y la presencia y grado de síntomas de ansiedad y depresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal.

Universo de trabajo

Pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer que acuden al servicio de quimioterapia ambulatoria en el Hospital General de México en el periodo comprendido entre junio y agosto del año 2009.

Selección de la muestra

Se seleccionaron 90 mujeres con diagnóstico de cáncer que acudieron al servicio de quimioterapia ambulatoria del Hospital General de México entre junio y agosto del 2009 y que cumplieran los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión

Mujeres adultas (18 a 70 años de edad), que sepan leer y escribir, con diagnóstico de cáncer de cualquier tipo y en cualquier estadio que reciban quimioterapia ambulatoria.

Criterios de Exclusión

- Pacientes analfabetas
- Pacientes con diagnóstico de cáncer que tengan antecedentes de trastornos psiquiátricos.
- Pacientes tratados con psicotrópicos
- Pacientes embarazadas
- Pacientes con antecedentes de abuso de sustancias
- Pacientes que hubieran sido tratados por depresión o ansiedad 6 meses antes del estudio

Criterios de eliminación

No terminar de contestar los cuestionarios aplicados.

Variables

1.- Variable Dependiente (VD)

Depresión y ansiedad

2.- Variable Independiente (VI)

Rasgos de personalidad

- Neuroticismo
- Psicoticismo
- Extraversión

Definición operacional de las variables.

Depresión: mediante el puntaje que se obtenga del inventario de depresión de Beck se determinará la presencia y la gravedad de la depresión.

Ansiedad: mediante el puntaje que se obtenga del inventario de ansiedad de Beck se determinará la presencia y la gravedad de la ansiedad.

Personalidad: mediante los puntajes que se obtengan de neuroticismo, extraversión, y psicoticismo, con el inventario de personalidad de Eysenck se determinará si un individuo que presenta mayores puntajes en alguna de las subescalas.

Instrumentos

Cuestionario de personalidad de Eysenck

Este instrumento fue desarrollado en Inglaterra y desde entonces, un número considerable de estudios transculturales han demostrado que puede emplearse en otros países. En México, (Lara y cols., 1989) realizaron la validación de la escala haciendo algunas modificaciones.

El cuestionario modificado para la población mexicana consta de 86 reactivos, 23 reactivos para medir psicoticismo, 20 reactivos para medir extraversión, 23 reactivos para medir neuroticismo, y 20 para deseabilidad social.

Con las modificaciones para calificación propuestas para la población mexicana el cuestionario permite que el psicoticismo, neuroticismo, extraversión y la escala de deseabilidad social puedan medirse con validez en México. Los niveles de confiabilidad son muy satisfactorios, superiores a 0.97.⁴⁵

Sus coeficientes de confiabilidad son satisfactoriamente altos, superiores a 0.97 con las modificaciones.

El modelo de personalidad sobre el que se basa el instrumento, está fundado en la observación de tres dimensiones principales de la personalidad: neuroticismo, psicoticismo y extraversión. Estas dimensiones se refieren a conductas normales, no a síntomas. Una cuarta escala, la de deseabilidad social o de Mentiras, intenta medir la intención de falsificar las respuestas.

Extaversión-introversión (E)

El individuo extravertido es sociable, le gustan las fiestas, tiene muchos amigos, necesita contar con gente con quien hablar y no le gusta leer ni estudiar solo. Necesita emociones, a veces se arriesga en extremo, actúa según el ánimo del momento y es generalmente un individuo impulsivo. Es muy dado a hacer bromas, siempre tiene lista una respuesta y, generalmente le gusta el cambio, es despreocupado placido y optimista, le gusta reír y estar alegre.

En el otro extremo se encuentra el introvertido, es una persona, callada, aislada, introspectiva, es mas aficionado a los libros que a las personas, es reservado y distante, excepto con sus amigos íntimos. Tiende a planear el futuro y desconfía del impulso del momento. No le gustan las emociones fuertes, toma los problemas de la vida diaria con seriedad y le gusta un estilo de vida ordenado. Mantiene sus sentimientos bajo control, rara vez se comporta de manera agresiva y no pierde fácilmente la compostura.

Neuroticismo- estabilidad (N)

La persona típicamente emocional es malhumorada y preocupada, irritable, nerviosa, aprensiva, tensa y depresiva. Reacciona con gran intensidad a todo tipo de estímulos y se le dificulta recobrar su serenidad después de que ha experimentado una reacción emocional, sus reacciones desproporcionadas, interfieren con un ajuste adecuado, haciéndola conducirse en una forma irracional y a veces rígida.

Los individuos estables por otro lado, usualmente responden con más lentitud y con poca intensidad. Recobran fácilmente la compostura y son generalmente calmados, mantienen el control y son confiados.

Psicoticismo (P)

La típica persona con un alto componente de psicosis o dureza, es fría, impersonal, hostil, agresiva, poco empática, poco amigable, poco digna de confianza, ruda, sin modales, poco servicial e insensible. Le gustan las cosas extrañas y peculiares, no se percata del peligro y le gusta divertirse a costa de los demás. Los psicóticos y criminales obtienen puntajes altos en esta escala.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

El Inventario para la Depresión de Beck, desarrollado por Beck en 1961 y modificado en 1979, reconocido por acrónimo BDI (Beck Depression Inventory), es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora.

Diversos estudios han llegado a la conclusión de que el BDI es, sin duda, el instrumento más popular a nivel internacional para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los modelos de depresión.⁴⁶

En México, Jurado y cols. realizaron la estandarización para la población mexicana, concluyendo que el BDI cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar los niveles de depresión en residentes de la Ciudad de México.⁴⁷

El inventario de depresión de Beck consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Otro elemento distintivo en cuanto a los síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.

El instrumento es autoaplicable y cada uno de los 21 ítems cuenta con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual evaluada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo de 1 punto, el tercero de 2 puntos y el cuarto de 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma. El instrumento original y su versión en español han mostrado validez y confiabilidad aceptables para su empleo en el ejercicio clínico y de investigación.

Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

Depresión ausente o mínima. Puntuación media de 10.9 puntos

Depresión leve: puntuación media de 18.7

Depresión moderada: Puntuación media de 25.4

Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.

Los rangos van de:

Sin depresión: 0-9 puntos

Depresión leve: 10-18 puntos

Depresión moderada: 19-29 puntos

Depresión grave: > 30 puntos

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0.8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración. En pacientes psiquiátricos se han

encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6).

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

El *Inventario de Ansiedad de Beck* (IAB) fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión.

Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Es un instrumento autoaplicable que consta de 21 preguntas que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales que evalúan. Estas categorías corresponden a los síntomas que generalmente se incluyen para hacer el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad.

La evaluación de la severidad de los síntomas se hace mediante una escala de 0 a 3 puntos, en donde 0 indica la ausencia del síntoma, y el 3 su severidad máxima, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63.

Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

Ansiedad normal: < 15 puntos

Ansiedad leve: 15-21 puntos

Ansiedad moderada: 22-35 puntos

Ansiedad grave: > 36 puntos

Los estudios de las propiedades psicométricas de la versión original y en español del IAB sugieren que se trata de una medida con alta consistencia interna y validez de constructo, divergente y convergente adecuadas. Los estudios de fiabilidad y validez indican una alta consistencia interna (alfa .92). Las correlaciones de cada ítem con el total oscilaron entre 0.30 y 0.71.⁴⁸

Análisis estadístico

Se realizó la descripción de la muestra con rangos, promedios, frecuencias, porcentajes y desviación estándar.

Se realizó un análisis de correlación de Pearson entre los niveles de ansiedad y depresión obtenidos con las Escalas de Beck y los rasgos de personalidad obtenidos con el cuestionario de Eysenck.

Para determinar la existencia de una variable predictora entre los rasgos de personalidad y la severidad de la depresión y ansiedad, se realizó un análisis de regresión lineal simple utilizando dos modelos, usando para el primero como variable dependiente la severidad de ansiedad y para el segundo modelo la severidad de depresión. Se estableció un modelo lineal con el método Stepwise, con un valor de entrada de $\leq .05$ y valor de salida $\geq .10$

Se estableció un valor de significancia de .05, el análisis se realizó en el programa SPSS v.13

Procedimiento

Previa autorización por el Servicio de Quimioterapia Ambulatoria y por el Comité de Ética del Hospital General de México, se eligieron al azar 90 mujeres que acudieron de manera subsecuente a dicho servicio sin importar el tipo de cáncer o el número de sesiones de quimioterapia.

Durante su estancia en el servicio, se les solicitó su participación en el estudio, y previo consentimiento informado, se aplicaron los instrumentos necesarios (IDB, IAB Y CPE) en un tiempo aproximado de 45 minutos por paciente. En algunos casos fue necesario asistir a las pacientes para el llenado de los formularios.

Los instrumentos fueron calificados y capturados para su posterior análisis estadístico y la realización de gráficas y cuadros correspondientes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital General de México. Al ser de carácter observacional, implica que no se realizará ninguna intervención, por lo que el riesgo es mínimo. Aun así, se les explicó claramente a las pacientes los motivos del estudio, objetivos y posibles beneficios. Todas las participantes recibieron información sobre la investigación, firmaron el consentimiento informado antes de participar y se aseguró su anonimato y confidencialidad.

RESULTADOS

Se evaluaron 90 pacientes diagnosticadas con cáncer, con una edad que iba desde los 29 hasta los 69 años, con un promedio de 48.42 años (Desviación estándar de 9.79). Respecto a las variables demográficas, se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 5. Características demográficas de la muestra (n=90)

Variable	Frecuencia (porcentaje)
Estado civil	
Casada	46 (51.2%)
Divorciada	3 (3.3%)
Separada	6 (6.7%)
Soltera	21 (23.3%)
Madre soltera	2 (2.2%)
Viuda	6 (6.7%)
Unión libre	6 (6.7%)
Escolaridad	
Primaria	39 (43.3%)
Secundaria	27 (30%)
Bachillerato o carrera técnica	21 (24.4%)
Licenciatura	3 (3.3%)
Religión	
Atea	2 (2.2%)
Católica	73 (81.1%)
Cristiana	6 (6.7%)
Evangélica	3 (3.3%)
Testigo de Jehová	1 (1.1%)
Creyente	5 (5.6%)
Ocupación	
Hogar	61 (67.8%)
Empleada	25 (19.8%)
Desempleada	1 (1.1%)
Profesionista	3 (3.3%)

Respecto al tipo de cáncer por el que recibían tratamiento, se presenta en el siguiente cuadro, así como el número promedio de sesiones de quimioterapia.

Cuadro 6. Tipo de cáncer y promedio de sesiones de quimioterapia

Tipo de cáncer	Frecuencia (porcentaje)
Cáncer de colón	4 (4.4%)
Cáncer cervino-uterino	13 (14.4%)
Cáncer de endometrio	1 (1.1%)
Cáncer de mama	56 (62.2%)
Cáncer metastásico	1 (1.1%)
Cáncer de ovario	11 (12.2%)
Cáncer de páncreas	1 (1.1%)
Cáncer de pulmón	1 (1.1%)
Cáncer de recto	2 (2.2%)
Sesiones de quimioterapia	Promedio 7.17 ± 6.8 (Rango de 1-45)

Respecto a los resultados de la evaluación clinimétrica, se presenta el rango, promedio y desviación estándar obtenido en la Escala de Depresión de Beck, en la escala de Ansiedad de Beck y el Cuestionario de personalidad de Eysenck (Cuadro 7, Gráfica 3).

Cuadro 7. Resultados de las escalas de Depresión y Ansiedad de Beck y el cuestionario de Personalidad de Eysenck.

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Extraversión	2	19	12,03	3,910
Psicoticismo	0	9	2,72	1,937
Neuroticismo	0	22	13,01	5,564
Deseabilidad	5	20	13,79	3,514
Escala de Ansiedad de Beck	0	49	14,78	11,204
Escala de Depresión de Beck	1	50	15,58	10,764

A continuación se muestran los niveles de ansiedad y depresión obtenidos por medio de las escalas de Beck (Cuadro 8 y 9, Gráficas 1 y 2), donde podemos observar que la mayor parte de las pacientes tenían niveles de ansiedad normal, y lo más frecuente fue la presencia de depresión.

Cuadro 8. Distribución de niveles de ansiedad en la muestra

Grado de ansiedad	Frecuencia
Ansiedad normal	57 (63.3%)
Ansiedad leve	12 (13.3%)
Ansiedad moderada	17 (18.9%)
Ansiedad grave	4 (4.4%)

Cuadro 9. Distribución de niveles de depresión en la muestra

Severidad de la depresión	Frecuencia
Sin depresión	31 (34.4%)
Depresión leve	27 (30%)
Depresión moderada	23 (25.6%)
Depresión grave	9 (10%)

El promedio obtenido en la escala de Personalidad de Eysenck por severidad de depresión y ansiedad se muestra en los siguientes cuadros (Cuadro 10 y 11, Gráficas 4 y 5). Observamos que existe una tendencia a presentar mayor grado de depresión y ansiedad cuando se presentan mayores puntajes de neuroticismo.

Cuadro 10. Resultados de la escala de personalidad de Eysenck por niveles de depresión.

	Extraversión	Psicoticismo	Neuroticismo	Deseabilidad
Sin depresión	13,8 (±3.4)	2,3 (±2.1)	9,0 (±5.1)	15,2 (±3.4)
Depresión leve	12,3 (±2.8)	2,7 (±1.7)	12,9 (±4.3)	13,7 (±3.6)
Depresión moderada	10,9 (±3.7)	2,8 (±1.3)	15,9 (±3.4)	12,7 (±2.9)
Depresión grave	8,0 (±4.8)	4,0 (±2.5)	19,9 (±3.5)	12,1 (±3.3)
Total	12,0 (±3.9)	2,7 (±1.9)	13,0 (±5.5)	13,8 (±3.5)

Cuadro 11. Resultados de la escala de personalidad de Eysenck por niveles de ansiedad

	Extraversión	Psicoticismo	Neuroticismo	Deseabilidad
Ansiedad normal	13,05 (±3.4)	2,49 (±2.49)	11,05 (±5.5)	14,75 (±3.2)
Ansiedad leve	11,50 (±3.8)	3,25 (±1.9)	14,33 (±3.3)	12,58 (±3.9)
Ansiedad moderada	10,24 (±3.9)	2,76 (±1.1)	16,94 (±3.3)	11,35 (±3.1)
Ansiedad grave	6,75 (±3.9)	4,25 (±2.8)	20,25 (±2.8)	14 (±3.5)

Se realizó una correlación de Pearson entre los resultados de la escala de Personalidad de Eysenck y la severidad de ansiedad y depresión obtenida por las escalas de Beck. Estas correlaciones se muestran en la siguiente tabla.

Cuadro 12. Matriz de correlaciones entre Depresión, Ansiedad y la Escala de Personalidad de Eysenck

	Extraversión	Psicoticismo	Neuroticismo	Deseabilidad
Ansiedad	-.468* (p=.000)	.141 (p=.187)	.523 (p=.000)	-.297 (p=.000)
Depresión	-.457 (p=.000)	.238 (p=.024)	.655 (p=.000)	-.272 (p=.01)

Como podemos observar, existió una correlación negativa moderada entre los niveles de extroversión y de ansiedad y depresión. Además existió una correlación bastante importante entre los niveles de neuroticismo y depresión y ansiedad. También existe una correlación inversa significativa entre los niveles de deseabilidad y ansiedad y depresión, sin mostrar significancia los niveles de psicoticismo.

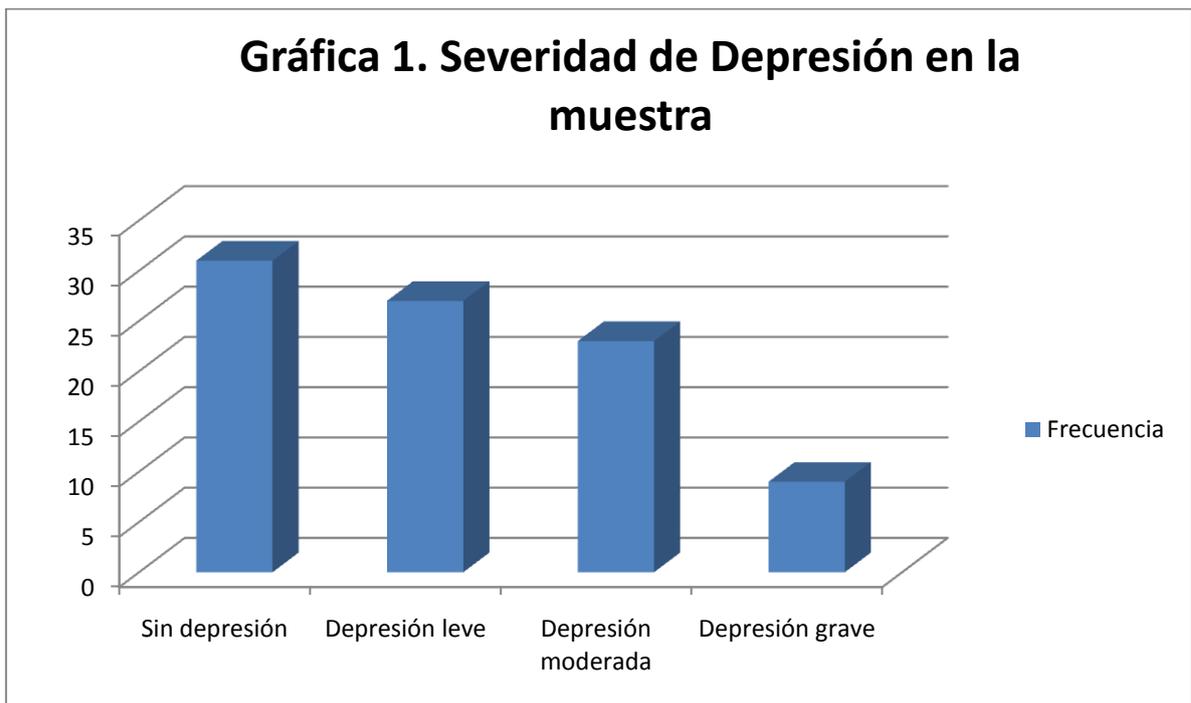
Por otro lado, existió una correlación entre el número de sesiones de quimioterapia y los niveles de ansiedad ($r=.223$, $p=.035$). Aunque no clínicamente significativa.

Para confirmar los valores de estas correlaciones y su valor predictivo, se realizó un análisis de regresión lineal simple. Se estableció un modelo lineal, usando como variable dependiente depresión y variables independientes los resultados obtenidos en el cuestionario de personalidad de Eysenck. Se utilizó el método de Stepwise, con criterio de entrada $\leq .05$ criterio para retiro $\geq .10$.

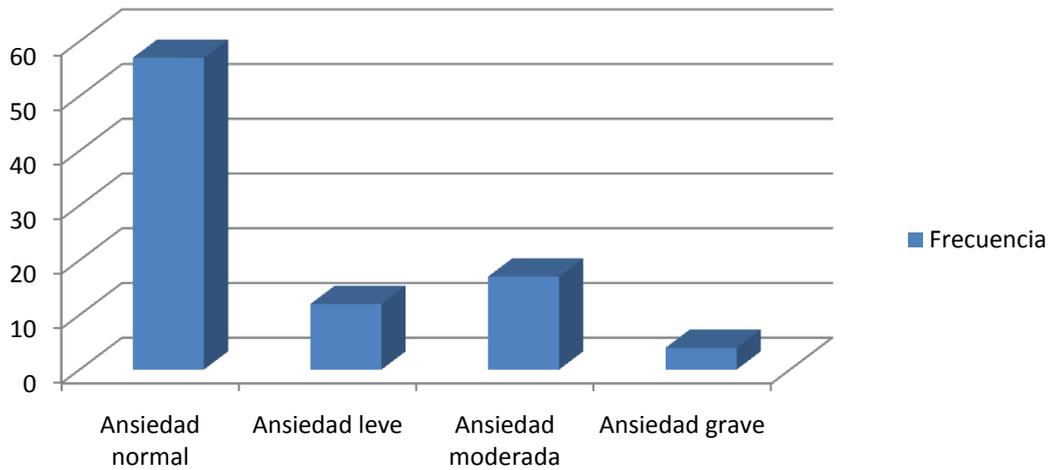
El ajuste al modelo de la variable neuroticismo fue adecuado con una correlación de $R=.655$, y el coeficiente de determinación $R^2=.429$. Obteniéndose como variable predictora el neuroticismo, que explica 65.5% de la varianza de depresión en los pacientes.

Usando los niveles de ansiedad como variable dependiente, se encontró que el modelo como variable independiente neuroticismo obtuvo $R=.523$, $R^2=.274$, con error estándar estimado de 9.6. La variable predictora Neuroticismo explica 52.3% de la varianza de ansiedad.

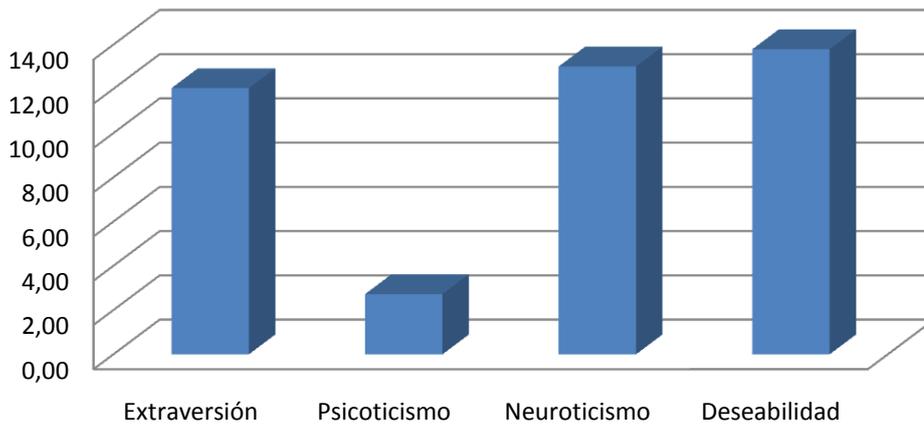
GRÁFICAS



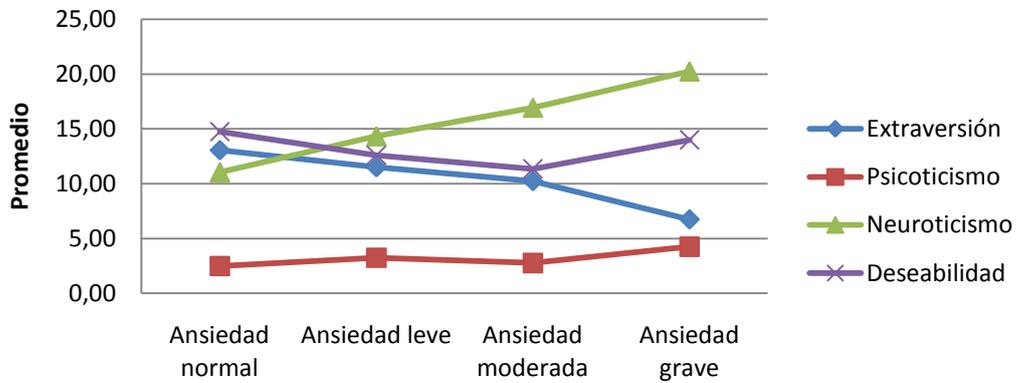
Gráfica 2. Severidad de Ansiedad en la muestra



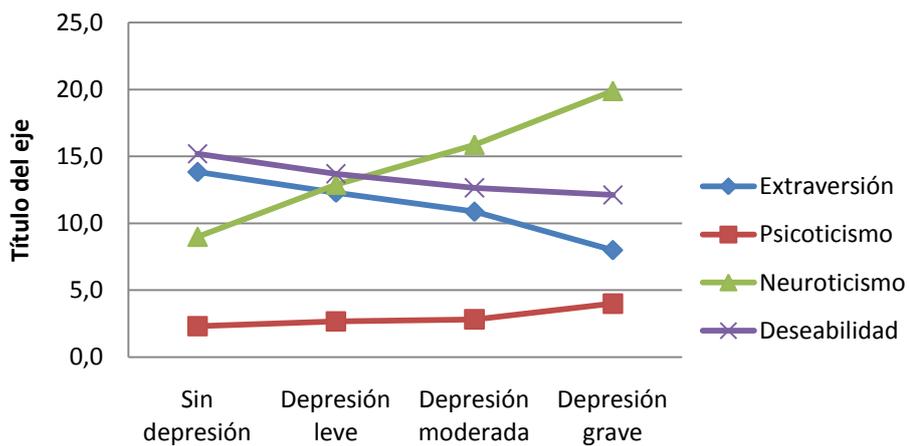
Gráfica 3. Promedio del Cuestionario de personalidad de Eysenck en la muestra



Grafica 4. Niveles de ansiedad y promedio del cuestionario de personalidad de Eysenck



Gráfica 5. Niveles de depresión y promedio en el cuestionario de Personalidad de Eynseck



DISCUSIÓN

El desarrollo de ansiedad y depresión en el paciente con cáncer ha sido documentado en muchos estudios, aunque se reportan prevalencias variables dependiendo del diseño de los estudios, del tipo de la muestra y de los instrumentos empleados.

En nuestro estudio, encontramos que la ansiedad se presentó en el 36.6% y la depresión en el 65.6% de la muestra. En contraparte el 63.4 % de las pacientes presentaron niveles de ansiedad normal y el 34.4% no presentaron depresión.

Es evidente que un número considerable de pacientes que padecen cáncer desarrollan ansiedad y depresión, sin embargo es frecuente que sean subdiagnosticados y subtratados, lo cual podría afectar la evolución y la respuesta al tratamiento (Miranda et al, 2002).

Los tratamientos que actualmente se emplean para el cáncer, como la quimioterapia ambulatoria, han mejorado la supervivencia de los pacientes, pero también pueden ser factores que contribuyan al desarrollo de ansiedad y depresión.

Los efectos adversos que ocasiona la quimioterapia contribuyen a que la ansiedad y depresión sean subdiagnosticadas, pues es frecuente que la misma quimioterapia ocasione síntomas como ansiedad, cansancio, parestesias, debilidad etc., síntomas que también se toman en cuenta para el diagnóstico de la ansiedad y la depresión.

Nosotros encontramos que existe una correlación entre el número de sesiones de quimioterapia y los niveles de ansiedad. Para fines de nuestro estudio, no controlamos esta variable, por lo que es necesario realizar estudios posteriores para confirmar si existe una correlación entre los síntomas de ansiedad y los síntomas secundarios a la quimioterapia.

El estudio de los factores de vulnerabilidad para el desarrollo de ansiedad y depresión en el paciente con cáncer y en otras enfermedades crónicas ha sido un tema de interés. Se han estudiado factores sociales, biológicos y psicológicos.

Aunque en nuestra muestra incluimos todos los tipos de cáncer e incluimos pacientes con distintas variables sociodemográficas, no valoramos la influencia de estas variables para el desarrollo de ansiedad y depresión, ya que la muestra no es homogénea. En próximos estudios puede considerarse el control de estos factores y determinar su importancia.

En pacientes sin enfermedad médica, así como en aquellos que padecen otras enfermedades crónicas (artritis reumatoide, enfermedad cerebro vascular, puerperio, etc.), se ha demostrado que los rasgos de personalidad (en particular el neuroticismo), pueden ser un buen predictor de la ansiedad y la depresión más que cualquier otra variable.

El neuroticismo es una dimensión que define una predisposición negativa hacia estados afectivos como la depresión, ansiedad, ira y vergüenza. Numerosos estudios han documentado su papel central en trastornos del eje I y eje II. El neuroticismo está relacionado negativamente con insuficiencia en una serie de ámbitos de la vida, como la salud física, el romance, el éxito profesional y la satisfacción.⁴⁹

Los altos niveles de neuroticismo se han observado en pacientes con trastornos de depresión y ansiedad.

Otra limitante de nuestro estudio es que sólo incluimos mujeres y, tal como se reporta en otras investigaciones, los niveles de neuroticismo suelen ser superiores a la media en mujeres que en hombres. Así mismo, la prevalencia de por vida del trastorno de ansiedad generalizada en las mujeres es aproximadamente el doble que la que se presenta en los hombres.⁵⁰

En nuestra muestra de mujeres con cáncer encontramos que el neuroticismo se relaciona directamente con la presencia e intensidad de la ansiedad y la depresión.

Las mujeres con ansiedad normal reportaron un puntaje en la subescala de neuroticismo de 11.05, en comparación con las mujeres que reportaron ansiedad leve, moderada y grave, las cuales obtuvieron puntajes de 14.33, 16.96 y 20.25, respectivamente.

En el caso de la depresión, se encontró que las mujeres sin depresión presentaron un puntaje de 9.0 en la subescala de neuroticismo, en

comparación con aquellas que presentaron ansiedad leve, moderada y grave, las cuales obtuvieron puntajes de 12.9, 15.9, 19.9, respectivamente.

Por lo tanto, la variable neuroticismo predice tanto la presencia de ansiedad, como de depresión. Los resultados obtenidos concuerdan con lo encontrado en otros estudios previos.

Por otro lado, se ha reportado la existencia de una correlación negativa de depresión para las puntuaciones de extraversión. En un estudio se encontró que la extroversión puede proteger contra la depresión.⁵¹

En nuestros resultados, existió una correlación negativa moderada entre los niveles de extroversión y de ansiedad y depresión, por lo que los altos niveles de extroversión podrían actuar como protectores para el desarrollo de ansiedad y depresión.

En conclusión, la variable neuroticismo predice tanto la presencia de ansiedad como de depresión. Las otras variables no resultaron significativamente predictoras.

Pareciera que es factible que la extroversión funcionara como protector para el desarrollo de la ansiedad, pero es necesario realizar más estudios para confirmarlo.

Se relacionó el número de sesiones con la presencia de ansiedad, pero estos resultados no son concluyentes y es importante realizar más estudios para determinar cuál es el papel de la quimioterapia en el desarrollo de estos trastornos.

En estudios posteriores sería importante comparar diferentes variables como tipos de cáncer, tipos de tratamiento y variables sociodemográficas para determinar si los rasgos de personalidad son mejores predictores para ansiedad y depresión en el paciente con cáncer que otro tipo de variables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Van Wilgen C.P., Dijkstra P.U., Stewart R.e., Ranchor A.V. Measuring Somatic Symptoms With the CES–D to Assess Depression in Cancer Patients After Treatment: Comparison Among Patients With Oral/Oropharyngeal, Gynecological, Colorectal, and Breast Cancer. *Psychosomatics* 2006; 47;6:465-470.
- ² Massie M.J. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst.Monogr* 2004; 32: 57–71.
- ³ Paul B., Jacobsen, Heather S. Psychosocial Interventions for Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients: Achievements and Challenges. *CA Cancer J Clin* 2008;58;214-230.
- ⁴ Cano-Vidal, M. C. y López, C. La depresión en la consulta psico-oncológica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 2001;9: 99- 120.
- ⁵ Stark, D., Kiely M., Smith A., Velikova G., y Selby, P. Anxiety disorders in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology* 2002; 3137 - 3148.
- ⁶ Jovtis S. L., Pazos C., Schettini E., Morera F. y Fiseman N., (1994). La ansiedad y los tratamientos quimioterapéuticos. *Revista Argentina Cancerología* 1994; 22:140- 158.
- ⁷ Gómez F., Albuquerque R., Barros M. y Symone P. Depressão e ansiedade em pacientes com câncer de mama. *Journal of Brasil Psiquiátric* 2001; 47:285-289.
- ⁸ Miranda C., De Resende C., Melo C. F., Costa A. y Friedman H. Depression before and after uterine cervix and breast cancer neoadjuvant chemotherapy. *Intrnational journal of gynecological cancer* 2002;12:773 - 776.
- ⁹ Aben I., Et al. Personality and Vulnerability to Depression in Stroke Patients. A 1-Year Prospective Follow-Up Study. *Stroke is published by the American Heart Association* 2002;33;2391-2395.
- ¹⁰ Gerda J.M., Verkerk P.H.D., Et al. Personality Factors As Determinants Of Depression In Postpartum Women: A Prospective 1-Year Follow-Up Study. *Psychosomatic Medicine* 2005; 67:632–637.
- ¹¹ Evers A.W.M., Kraaimaat F. W., Geenen R., Jacobs J.W.G., and Bijlsma J.W.J. Longterm predictors of anxiety and depressed mood in early rheumatoid arthritis: a 3 and 5 year followup. *The Journal of Rheumatology* 2002; 29; 11: 2327-2336.
- ¹² García G.M., Kogevinas M., Cáncer y trabajo. *Cuadernos de relaciones laborales*. Madrid , 1995: 6 : 146-159
- ¹³ Vallejos S.C. Evolución y Tratamiento Médico del Cáncer. *Academia Nacional de Medicina Anales* 2005: 97- 106
- ¹⁴ Asociación española contra el cáncer. Salud y Medios de Comunicación. El cáncer. Parte 1 2006.1-50

-
- ¹⁵ Instituto Nacional De Estadística, Geografía E Informática. “Estadísticas A Propósito Del Día Mundial Contra El Cáncer”. 2007:02.
- ¹⁶ American Society of Clinical Oncology. Criteria for facilities and personnel for the administration of parenteral systemic antineoplastic therapy. *J Clin Oncol* 2004; 22: 4613-4615.
- ¹⁷ Vega M.A, De Juan A. Aspectos psicológicos de la toxicidad de la quimioterapia. *Psicooncología* 2004;1:2;3:137-150.
- ¹⁸ Volkow P. El paciente en Quimioterapia ambulatoria en el INCAN, *Cancerología*.2006:1:231-232.
- ¹⁹ Jackson, Stanley W. *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid. Turner 1986.
- ²⁰ Kolb L. y Brodie H. *Psiquiatría Clínica*. 6ª. Edición en Español. Interamericana. México.1985 : 391, 544.
- ²¹ Kaplan HI, Sadock BJ y Grebb JA . Sinopsis de Psiquiatría.Capítulo 15, Trastornos del estado de ánimo, 9ª. Edición. 2004. Walvery Hispanica, 534, 535.
- ²² Murray C.J., López A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-504.
- ²³ Alberdi Sudupe J., Taboada O., Castro Dono C. Depresión. Guías clínicas. *Fisterra* 2003-octubre 2007.
- ²⁴ CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Panamericana 2000.
- ²⁵ DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *American Psychiatric Association. Mason*. Barcelona 2002.
- ²⁶ Caraveo J, y col. Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*, Número especial.1999.
- ²⁷ McLachlan S.A., Allenby A., Matthews J., Wirth A., Kissane, Bishop M., Beresherd J. & Zalcborg J. *Journal of clinical Oncology*.2001: 19 (21), 4117-4125.
- ²⁸ Myklerun A., Bjerkeset O., Overland S., et al, Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. *The British Journal of Psychiatry* 2009; 195, 118-125.
- ²⁹ Spiegel D. Cancer and Depression. *The British Journal of Psychiatry* 1996; 168 Supplement 30: 109-116.
- ³⁰ Peter P. , Roy-Byrne M.D., et. al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry* 2008;30 : 208–225.
- ³¹ Engler B. Introducción a las teorías de la personalidad, México Mc Graw-Hill 1996; 59-68.

-
- ³² Pueyo A. Psicología y Biología en la obra de Hans J. Eysenck. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología* 1997; 50; 4: 475-502.
- ³³ Avia M.D., Sanz J., Sánchez M.L., Martínez-Arias,R.M., Silva F. y Graña J.L. The Five-Factor Model: II. Relations of the NEO-PI with Other Personality Variables. *Personality and Individual Differences*,1995; 19, 81-97.
- ³⁴ Buss D.M. Human nature and culture: an evolutionary psychological perspective. *J Pers* 2001; 69:955-978
- ³⁵ Allport,G. W. and Odbert H. S. Trait names: A psycholexical study. *Psychological Monographs* 1936, 47, 211.
- ³⁶ Eysenck, H.J. and Eysenck, M.W. *Personalidad y Diferencias Individuales*. Madrid: Ed. Pirámide. (1987).
- ³⁷ Hernández, J.M. *La personalidad: Elementos para su estudio*. Madrid;2000 Biblioteca Nueva.
- ³⁸ Feldman R. S. "Motivación y Emoción" Capítulo 9 (2002) *Psicología*. México: McGraw Hill.
- ³⁹ Hirschfeld RMA, Klerman GL, Lavori P, Keller MB, Griffith P, Coryell W. Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:345-350.
- ⁴⁰ Shea M. Tracie Ph.D., Leon, A.C., et. al. Does Major Depression Result in Lasting Personality Change?. 153(11), 1996:1404-1410.
- ⁴¹ Kendler K.S., Gatz M., Gardner C.O., Pedersen N.L., Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(10):1113-20
- ⁴² Newbury-Birch D, Kamali F. Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. *Postgrad Med J* 2001;77:109-111 doi:10.1136;77.904-109.
- ⁴³ Berlanga C., Heinze G., et al. Personality and Clinical Predictors of Recurrence of Depression. *Psychiatric Services* © March 1999 ;50 ; 3.
- ⁴⁴ Aben I. et al. Personality and Vulnerability to Depression in Stroke Patients. A 1-Year Prospective Follow-Up Study. *Stroke is published by the American Heart Association*. 2002;33;2391-2395.
- ⁴⁵ Lara C.A, Eysenck S.B.G. Un estudio transcultural de la personalidad en adultos mexicanos e ingleses. *Salud Mental* 1989, 12(3), 14-20.
- ⁴⁶ Saenz J., Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema* 1998 ;10(2) ; 303-318.
- ⁴⁷ Jurado, S., y col. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental* 1998, 21(3):26-31.
- ⁴⁸ Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología* 2001, 8, 211-217.

⁴⁹ Miller J.D, Pilkonis P.A, Neuroticism and Affective Instability: The Same or Different? *Am J Psychiatry* 2006; 163:839–845.

⁵⁰ Hettema J.M., Neale M.C., Kendler K.S. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1568–1578.

⁵¹ Farmer A., Redman K., Harris T., Mahmood A., et al. Neuroticism, extraversion, life events and depression: The Cardiff Depression Study. *The British Journal of Psychiatry* 2002; 181; 118-122.

ANEXOS

ANEXO 1

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.
SERVICIO DE SALUD MENTAL.

Formato de consentimiento informado.

México D.F. a ____ de _____ del 2009.

Entiendo, que este proyecto es una investigación científica para incrementar el conocimiento en el área de la depresión y el cáncer.

Me han explicado que la investigación consistirá en llenar formularios, acerca del estado de ánimo, depresión y ansiedad. Por lo que es una investigación sin riesgo para mi integridad física, social y emocional.

Asimismo, se me ha explicado y estoy enterado de que puedo decidir de forma voluntaria y sin presiones, si quiero o no participar en el proyecto, sin que esto afecte al tratamiento que recibo en esta institución hospitalaria.

Se me ha informado que cuento con la garantía de recibir respuestas claras y oportunas por parte de las personas responsables de la investigación, a cada pregunta y dudas que me surjan en el momento de contestar las escalas y que podre recibir la información sobre los resultados de la evaluación y en caso de requerirlo, tratamiento por parte del hospital general de México, O.D.

TAMBIEN FUI INFORMADO Y APRUEBO QUE:

- 1.- Los resultados de las escalas que me sean aplicadas durante el estudio, serán sometidos a análisis estadísticos, y que estos serán confidenciales.
- 2.- Puedo declinar mi participación del proyecto, en cualquier momento, si así lo deseo, pero seguiré siendo paciente de oncología y continuare mi tratamiento.
- 3.- Si ocurriera alguna contingencia medica durante el estudio, el hospital general de México me atenderá hasta mi completa recuperación.
- 4.- Recibiré una copia de este documento.

NOMBRE, FIRMA, Y DOMICILIO DEL VOLUNTARIO.

NOMBRE, FIRMA Y DOMICILIO DEL TESTIGO.

NOMBRE, FIRMA Y DOMICILIO DEL TESTIGO.

(BECK, EPSTEIN, BROWN Y STEER, 1988)

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija entre las siguientes opciones la que mejor le corresponda:

0 = en absoluto

1= levemente, no me molesta mucho

2= moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3= severamente, casi no podía soportarlo

SÍNTOMAS

VALORACION

0 1 2 3

1. Hormigueo o entumecimiento.....
2. Sensación de calor (no debido al ambiente).....
3. Temblor o debilidad de piernas.....
4. Incapacidad de relajarse.....
5. Miedo a que suceda lo peor.....
6. Mareo vértigo o aturdimiento.....
7. Palpitaciones o taquicardia.....
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física...
9. Sensación de estar aterrorizada.....
10. Nerviosismo.....
11. Sensación de ahogo.....
12. Temblor de manos.....
13. Temblor generalizado o estremecimiento.....
14. Miedo a perder el control.....
15. Dificultad para respirar.....
16. Miedo a morir.....
17. Sobresaltos.....
18. Molestias digestivas o abdominales.....
19. Palidez o sensación de desmayarse.....
20. Rubor facial.....
21. Sudoración.....

Total _____

Instrucciones: describirá como se ha sentido ya sea la semana pasada incluso hoy, lea todas las fases en cada grupo antes de hacer su elección y marque una sola.

- A. () 0 No me siento triste**
() 1 Me siento triste
() 2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer
() 3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar
- B. () 0 No estoy particularmente desilusionado (a) del futuro**
() 1 Estoy desilusionado (a) del futuro
() 2 Siento que no tengo perspectiva del futuro
() 3 Siento que el futuro es desesperanzador
- C. () 0 No siento que fallé**
() 1 Siento que fallo más que una persona normal
() 2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado
() 3 Siento una falla completa como persona
- D. () 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre**
() 1 No disfruto de las cosas como antes
() 2 No encuentro ya satisfacción real de nada
() 3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo
- E. () 0 No me siento particularmente culpable**
() 1 Me siento culpable buena parte del tiempo
() 2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo
() 3 Me siento culpable todo el tiempo
- F. () 0 No siento que he sido castigado (a)**
() 1 Siento que podría ser castigado
() 2 Espero ser castigado
() 3 Siento que he sido castigado
- G. () 0 No me siento desilusionado (a) de mí**
() 1 Estoy desilusionado (a) de mí
() 2 Estoy disgustado (a) de mí
() 3 Me odio
- H. () 0 No me siento peor que nadie**

-
- () 1 Me critico por mi debilidad o por mis errores
- () 2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas
- () 3 Me culpo por todo lo malo que sucede
- I. () 0 No tengo pensamientos de suicidarme**
- () 1 Tengo pensamientos de muerte, pero no lo realizaría
- () 2 Me gustaría matarme
- () 3 Me mataría si pudiera
- J. () 0 No lloro más de lo usual**
- () 1 Lloro más que antes
- () 2 Lloro ahora todo el tiempo
- () 3 Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo
- K. () 0 No soy más irritable de lo que era antes**
- () 1 Me siento molesto (a) o irritado (a) más que antes
- () 2 Me siento irritado (a) todo el tiempo
- () 3 No me irrito ahora por las cosas que antes
- L. () 0 No he perdido el interés en otra gente**
- () 1 Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes
- () 2 He perdido mi interés en otra gente
- () 3 He perdido todo mi interés en otra gente
- M. () 0 Tomo decisiones igual que siempre**
- () 1 Evito tomar más decisiones que antes
- () 2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora
- () 3 No puedo tomar decisiones por compartir
- N. () 0 Me siento que me vea peor que antes**
- () 1 Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo (a)
- () 2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me
Hacen lucir feo (a)
- () 3 Creo que me veo feo (a)

-
- O. () 0 Puedo trabajar tan bien como antes**
() 1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
() 2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo
() 3 No puedo hacer nada
- P. () 0 Puedo dormir tan bien como siempre**
() 1 No puedo dormir tan bien como antes
() 2 Me despierto 1 ò 2 horas más temprano que lo usual y
Me cuesta trabajo volver a dormir.
() 3 Me despierto varias horas má temprano de lo usual y
No puedo volver a dormir
- Q. () 0 No me canso más de lo usual**
() 1 Me canso más fácil que antes
() 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa
() 3 Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa
- R. () 0 Mi apetito es igual que lo usual**
() 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
() 2 Mi apetito es mucho peor ahora
() 3 No tengo nada de apetito
- S. () 0 No he perdido peso**
() 1 He perdido màs de 2.5 Kg
() 2 He perdido màs de 5 Kg
() 3 He perdido màs de 7.5 Kg
He intentado perder peso comiendo menos SI __. NO __.
- T. () 0 No estoy màs preocupado (a)**
() 1 Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores y molestias
() 2 Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y es
Difícil pensar en otras cosas.
() 3 Estoy tan preocupado (a) con mis problemas
- U. () 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo**
() 1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes
() 2 Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora
() 3 He perdido completamente el interés en el sexo

ANEXO 4 **CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EISENCK**

SEXO _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____.

OCUPACIÓN _____ ESCOLARIDAD _____.

INSTRUCCIONES:

Por favor conteste cada pregunta tachando el “SI” o “NO” según su caso. No hay contestaciones correctas ni incorrectas, y no hay preguntas engañosas. Trabaje con rapidez y no piense demasiado en el significado de las preguntas.

(RECUERDE CONTESTAR CADA PREGUNTA)

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. ¿Tiene usted muchos pasatiempos o entretenimientos? | SI | NO |
| 2. ¿Tiene a menudo altibajos en su estado de ánimo? | SI | NO |
| 3. ¿Es usted una persona platicadora? | SI | NO |
| 4. ¿Se siente alguna vez decaído, sin ninguna razón? | SI | NO |
| 5. ¿En alguna ocasión ha tomado más de lo que le correspondía por ambiciosa? | SI | NO |
| 6. ¿Es usted una persona animada? | SI | NO |
| 7. ¿Se entristecería mucho si viera sufrir a un niño o un animal? | SI | NO |
| 8. ¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber dicho o hecho? | SI | NO |
| 9. Normalmente, ¿Puede usted relajarse y disfrutar de una reunión animada? | SI | NO |
| 10. ¿Es usted una persona irritable? | SI | NO |
| 11. ¿Le ha echado alguna vez la culpa a alguien de algo que usted era responsable? | SI | NO |
| 12. ¿Le gusta conocer gente nueva? | | |
| 13. ¿Se siente fácilmente herido en sus sentimientos? | SI | NO |
| 14. ¿Son buenos y convenientes <u>todos</u> sus hábitos? | SI | NO |
| 15. ¿Tiende usted a mantenerse en segundo plano en reuniones sociales? | SI | NO |
| 16. ¿Tomaría drogas que pudiesen tener efectos extraños o peligrosos? | SI | NO |
| 17. ¿Se siente a menudo hartos? | SI | NO |
| 18. ¿Ha tomado alguna vez algo (aunque sea un alfiler o un botón) que no fuera suyo? | SI | NO |
| 19. ¿Le gusta mucho salir? | SI | NO |
| 20. ¿Le gusta herir a las personas que quiere? | SI | NO |
| 21. ¿Le atormentan a menudo sentimientos de culpa? | SI | NO |
| 22. ¿Tiene enemigos que quieren hacerle daño? | SI | NO |
| 23. ¿Se considera una persona nerviosa? | SI | NO |
| 24. ¿Tiene muchos amigos? | SI | NO |
| 25. ¿Le gusta hacer bromas que a veces puedan realmente lastimar a las personas? | SI | NO |
| 26. ¿Se considera una persona que se preocupa demasiado? | SI | NO |
| 27. Cuando era niño, ¿hacía lo que le ordenaban inmediatamente y sin protestar? | SI | NO |
| 28. ¿Se preocupa de cosas terribles que puedan suceder? | SI | NO |
| 29. ¿Ha roto o perdido alguna vez algo que perteneciera a otra persona? | SI | NO |
| 30. ¿Usualmente toma usted la iniciativa de hacer nuevos amigos? | SI | NO |
| 31. ¿Se considera una persona tensa o “nerviosa”? | SI | NO |
| 32. Cuando está con otras personas, ¿permanece generalmente callado? | SI | NO |
| 33. ¿Considera que el matrimonio es anticuado y debería eliminarse? | SI | NO |
| 34. ¿Siente algunas veces lástima por usted mismo? | SI | NO |
| 35. ¿Es usted de los que a veces tiende a presumir? | SI | NO |
| 36. ¿Le resulta fácil animar una fiesta que esté aburrida? | SI | NO |
| 37. ¿Le molestan las personas que manejan con cuidado? | SI | NO |

38. ¿Ha dicho alguna vez algo malo o desagradable acerca de alguien?	SI	NO
39. ¿Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos?	SI	NO
40. Me cuesta trabajo interesarme por lo que sucede a mi alrededor	SI	NO
41. De niño, ¿fue alguna vez grosero con sus padres?	SI	NO
42. ¿Le gusta estar con gente?	SI	NO
43. ¿Sufre de insomnio?	SI	NO
44. ¿Se lava siempre las manos antes de comer?	SI	NO
45. ¿Se ha sentido a menudo desanimado y cansado sin ninguna razón?	SI	NO
46. ¿Ha hecho alguna vez trampa en un juego?	SI	NO
47. ¿Le gusta hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez?	SI	NO
48. ¿Es (o fue) su madre una buena mujer?	SI	NO
49. ¿Siente a menudo que la vida es aburrida?	SI	NO
50. ¿Se ha aprovechado alguna vez de alguien?	SI	NO
51. ¿Hay varias personas que tratan de evitarlo?	SI	NO
52. ¿Piensa usted que la gente pierde demasiado tiempo asegurando su futuro Con ahorros y seguros?	SI	NO
53. ¿Dejaría de pagar sus impuestos si supiera que nunca lo iban a descubrir?	SI	NO
54. ¿Es usted capaz de poner ambiente en una fiesta?	SI	NO
55. ¿Se preocupa demasiado después de una experiencia vergonzosa?	SI	NO
56. ¿Ha insistido alguna vez en salirse con la suya?	SI	NO
57. Cuando viaja por autobús, tren o avión, ¿llega a menudo en el último minuto?	SI	NO
58. ¿Sufre usted de los nervios?	SI	NO
59. ¿Ha dicho alguna vez algo a propósito para ofender a alguien?	SI	NO
60. ¿Terminan fácilmente sus amistades sin que usted tenga la culpa?	SI	NO
61. ¿Se siente a menudo solo?	SI	NO
62. ¿Practica usted siempre lo que predica?	SI	NO
63. ¿Le gusta a veces molestar a los animales?	SI	NO
64. ¿Se ofende fácilmente cuando la gente encuentra errores en usted o en su trabajo?	SI	NO
65. ¿Ha llegado alguna vez tarde a su trabajo o a una cita?	SI	NO
66. ¿Le gusta que haya bullicio y animación a su alrededor?	SI	NO
67. ¿Le gustaría que la gente le tuviera miedo?	SI	NO
68. ¿Se siente algunas veces lleno de energía y otras perezoso y desanimado?	SI	NO
69. ¿Deja a veces para mañana lo que podría hacer hoy?	SI	NO
70. ¿Piensan otras personas que usted es una gente "llena de vida"?	SI	NO
71. ¿Le cuentan a usted muchas mentiras?	SI	NO
72. ¿Es usted muy susceptible para ciertas cosas?	SI	NO
73. ¿Está siempre dispuesto a admitir sus errores?	SI	NO
74. ¿Sentiría compasión si viera un animal atrapado en una trampa?	SI	NO
75. ¿Le importan mucho los buenos modales y la limpieza?	SI	NO
76. ¿Le ha molestado llenar este cuestionario?	SI	NO

ASEGÙRESE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

Guía de calificación CPE- Adultos

(2ª. Versión)

Psicoticismo (19)

Sí: 16, 20, 22, 25, 33, 37, 40, 51, 52, 57, 60, 63, 67, 71

No: 7, 48, 74, 75

Extraversión (17)

Sí: 1, 3, 6, 9, 12, 24, 30, 36, 39, 42, 47, 54, 66, 70

No: 15, 32

Neuroticismo (21)

Sí: 2, 4, 8, 10, 13, 17, 21, 23, 26, 28, 31, 34, 43, 45, 49, 55, 58, 61, 64, 68, 72

Desabilidad Social (19)

Sí: 14, 27, 44, 62, 73

No: 5, 11, 18, 29, 35, 38, 41, 46, 50, 53, 56, 59, 65, 69