



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ENOJO COMO ESTADO O RASGO EN MUJERES MADURAS  
CON CÁNCER DE MAMA**

**TESIS:  
PARA OBTENER EL TÍTULO  
DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:  
MARIA CRISTIAN LUCIANO CECILIO**

**DIRECTOR DE TESIS:  
MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO.**

**REVISOR DE TESIS:  
DRA. SOFIA RIVERA ARAGÓN**

**MÉXICO, D.F., ENERO 2014.**





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.

*A lo largo de nuestras vidas se hacen presentes miles de personas, la gran mayoría pasa de largo sin dejar una marca importante en nosotros, pero aquellas, las que llegan y logran que veamos el mundo de una forma distinta son las que permanecen, son las que ocupan un sitio importante y a las que en ocasiones decirles lo que sientes no es una tarea fácil.*

*Es increíble cómo alguien puede aparecer en el momento más inesperado y cambiar tu forma de ver y de disfrutar la vida, hacer que hasta el más pequeño de los detalles se torne maravilloso y llene de luz cada momento.*

*Aprender y crecer juntos, saber que no estas y esperas jamás estar sola porque encontraste a alguien que viva contigo el día a día, que te levante y te motive para seguir adelante, provocando sacar de ti una fuerza diferente y hermosa que no habías descubierto antes.*

*Ahora sé que eres tú...que es contigo con quien quiero recordar y aprender de mi pasado, disfrutar y crecer con el presente; y construir y realizarme en un futuro. Porque si tu brillas yo brillo...TE AMO CÉSAR!!!!*

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios y a la vida por permitirme llegar a este momento y cumplir una de mis metas más importantes. Por dejarme ver que las cosas más valiosas son aquellas por las que se lucha, por las que uno puede levantar la cara y mostrarse orgulloso sabiendo que lo logró y que no hay nada de que arrepentirse. Por enseñarme que el valiente no es aquel que no teme, sino el que enfrenta sus miedos, reconoce sus debilidades y lucha por ser mejor y alcanzar lo que se propone siempre.

### ***A mi madre:***

No hay tiempo ni palabras que alcancen para demostrarte todo el amor que siento por ti y agradecerte todo lo que por mi has hecho. Eres mi ejemplo de lucha, de esfuerzo, de nunca darme por vencida sin importar las circunstancias.

Gracias por levantarte día a día para darme siempre lo mejor, por anteponer mis necesidades a las tuyas, por hacerme sentir el amor más limpio y desinteresado; por reír, preocuparte, enojarte y llorar conmigo.

Por ser mi guía en este difícil, pero hermoso camino llamado vida, por darme la mano y recorrerlo a mi lado y por enseñarme lo necesario para comenzar a andar por el a mi manera, sintiéndome orgullosa y en paz conmigo misma por cada decisión, haciéndome ver que sea cual sea el paso que dé, tu estarás apoyándome siempre.

Gracias por confiar ciegamente en mí, aun cuando yo misma he dudado en poder lograrlo.

Porque cada logro conseguido es tuyo. Por todo lo que ha sido y será....Gracias mamá!!

### ***A mi hermano:***

Gracias por estar siempre ahí para mí, por hacerme sentir tu apoyo en los buenos y malos momentos. Por ser mí amigo, mi cómplice, mi compañero de juegos, mi confidente, por tantas risas, pláticas, consejos, discusiones, por tantas alegrías y tristezas vividas juntos.

Agradezco a mi madre por no dejarme sola y darme en ti a un compañero de lucha frente a las adversidades. Gracias por hacerme sentir orgullosa y admirarte al ver cómo te esfuerzas para alcanzar lo que te propones. Por toda la paciencia, las enseñanzas, las bromas...por confiar en mi y hacerme sentir un ejemplo para ti. Por todo lo que hemos conocido y nos queda por descubrir y vivir juntos....Gracias hermano.

### ***A Reyna Cecilio:***

Gracias tía porque no hay momento de mi vida en el que no te vea a mi lado siempre apoyándome y motivándome para lograr lo mejor. Gracias por cada consejo, por tantas risas, por todo lo que conocí de tu mano, por enseñarme que sin importar lo diferente que podamos pensar siempre habrá respeto y apoyo en cualquier decisión. Gracias por enseñarme a nunca dejarme caer sin importar las

adversidades que se presenten, por tu fortaleza y sobre todo por tu humildad para aceptar ayuda y lograr levantarte.  
Porque más que una tía has sido como otra madre para mi...Gracias.

***A mis abuelitos Guadalupe y “Panchito”(q.e.p.d):***

Gracias por cada uno de sus consejos llenos de sabiduría pero sobre todo de amor hacia mí. Por tanto cariño, por las vacaciones juntas, por compartirme tantos recuerdos de mi niñez y siempre dejarme ver que lo que hoy he logrado es algo por lo que luché desde siempre.

A mi abuelito gracias por inyectar en mí esa curiosidad, esas ganas de conocer el mundo, de aprender de él. Gracias por enseñarme que siempre hay tiempo para una sonrisa, una canción en los labios o un juego de pelota por la tarde. Porque hasta en el último momento siempre hubo espacio para un recuerdo y una lagrima para mí. Por ese gran amor y lucha por los seres que uno más ama.

***A mis tíos y tías:***

Gracias por ser unos padres para mí, por cada una de sus palabras de apoyo, por siempre dejarme ver que sin importar la situación o la distancia han estado y estarán ahí para mí. Por su ejemplo de lucha, de perseverancia, de ganas de salir adelante. Por cada enseñanza, cada llamada, cada mensaje, cada paseo, por los buenos y malos momentos.

Porque sin ustedes el cumplimiento de esta meta no sería posible.

***A mis amigos:***

Por tantas risas y momentos compartidos. Por su presencia en mi vida en los buenos y malos ratos, por escucharme y siempre saber sacar de mí una sonrisa. Por llegar a convertirse en una familia y hacerme sentir su apoyo incondicional, por todo lo que hemos vivido y nos falta por vivir y crecer juntos.

***Al Mtro. Sotero Moreno y a la Dra. Sofía Rivera:***

Gracias por ser mi guía en este trabajo, por cada una de sus atenciones, por brindarme su tiempo y espacio para juntos conseguir lo mejor de mí. Por sus consejos, esas grandes enseñanzas no solo como profesionistas, sino como personas. Por todas las experiencias compartidas que hicieron de este trabajo un disfrute de principio a fin.

### ***A la UNAM y a mi amada Facultad de Psicología***

Gracias por abrirme las puertas y permitirme crecer a nivel personal y profesional, siendo el espacio en el que viví muchos de los mejores momentos de mi vida. Por mostrarme un panorama lleno de oportunidades en el que los únicos límites existentes son los que yo me ponga. Por los valores inculcados, por sembrar en mí ese amor, pasión y entrega a mi profesión y a todo lo que realice y esa sed inmensa de prepararme y ser mejor cada día.

Porque donde quiera que vaya siempre me sentiré orgullosa de portar en mi corazón los colores de la máxima casa de estudios.

### ***Al amor de mi vida:***

Gracias por complementar y llenar mi vida de la forma más hermosa posible.

Por soñar, por planear, por crecer a tu lado con cada enseñanza de ti con la que día a día aprendo cada vez más de mí. Gracias por darle a mis días un brillo especial, por hacerme ver que la vida nos tiene guardadas sorpresas maravillosas, momentos incomparables ante los que no se debe actuar, sino simplemente dejarse llevar para admirar el cambio tan hermoso que provocan en cada instante de nuestras vidas. Gracias por dejarme ver que cuando realmente se desea algo no importa el tiempo que tarde, lo importante es lograrlo y apreciar como en todo hay un destello de luz con el que quieres volar lejos y sentirte plena, brillar de la mejor manera.

Porque hoy sé que mi lugar feliz es y será a tu lado...TE AMO AMOR DE MI VIDA!!

A todas aquellas personas que contribuyeron con este trabajo e hicieron posible que hoy me encuentre en esta etapa de mi vida, gracias por su apoyo en cada instante, por cada palabra de aliento, por día a día ayudarme a ser mejor persona, por permitirme ver que nunca he estado sola y que siempre en el camino habrá alguien dispuesto a tenderme su mano.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I. CÁNCER DE MAMA.....</b>	<b>12</b>
<i>I.1 Definición .....</i>	<i>12</i>
<i>I.2 Tipos de cáncer de mama.....</i>	<i>14</i>
<i>I.3 Factores de riesgo .....</i>	<i>14</i>
<i>I.4 Diagnóstico .....</i>	<i>17</i>
<i>I.5 Implicaciones psicológicas.....</i>	<i>19</i>
<i>I. 6 Tratamiento.....</i>	<i>21</i>
<i>I.7 Estrategias de prevención.....</i>	<i>23</i>
<b>CAPÍTULO II. Madurez como Etapa de la vida.....</b>	<b>26</b>
<i>II. 1 Ciclo Vital .....</i>	<i>26</i>
<i>II. 2 Madurez.....</i>	<i>30</i>
<i>II. 3 Incidencia del cáncer de mama.....</i>	<i>32</i>
<b>CAPÍTULO III. PERSONALIDAD .....</b>	<b>36</b>
<i>III. 1 Definición .....</i>	<i>36</i>
<i>III.2 Rasgo y Estado.....</i>	<i>37</i>
<i>III.3 Tipos de personalidad.....</i>	<i>40</i>
<i>III. 4 Personalidad y salud.....</i>	<i>42</i>
<i>III. 5 Personalidad y Cáncer.....</i>	<i>46</i>
<b>CAPÍTULO IV. EMOCIONES.....</b>	<b>52</b>
<i>IV.1 Definición.....</i>	<i>52</i>
<i>IV.2 Teoría de las emociones básicas .....</i>	<i>53</i>
<i>IV.3 Clasificación de las emociones.....</i>	<i>54</i>

IV.4 Función de las emociones .....	58
IV. 5 Impacto de las emociones sobre la salud.....	60
IV.6 Estado de ánimo del paciente oncológico.....	62
IV.7 Factores emocionales y cáncer .....	63
<b>CAPÍTULO V. ENOJO .....</b>	<b>73</b>
V.1 Definición.....	73
V.2 Enojo y cáncer.....	79
<b>CAPÍTULO VI. MÉTODO.....</b>	<b>83</b>
1. Planteamiento del problema.....	83
2. Objetivo general:.....	83
3. Hipótesis: .....	83
4. Variables: .....	84
5. Definición de variables: .....	84
6. Muestra:.....	85
7. Instrumento: .....	88
8. Tipo de estudio:.....	89
9. Diseño:.....	89
10. Procedimiento: .....	90
<b>CAPÍTULO VII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>91</b>
<b>CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN.....</b>	<b>103</b>
<b>CAPÍTULO IX. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>110</b>
<b>LIMITACIONES Y SUGERENCIAS .....</b>	<b>112</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>117</b>

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo detectar si las mujeres maduras con cáncer de mama presentan enojo, ya sea como un sentimiento presente solo en momentos determinados (estado) o si generalmente se sienten enojadas (rasgo), además de conocer la forma en que expresan su enojo (expresión de enojo). Para tal efecto se utilizó el Inventario estado rasgo de la expresión del enojo (IEREEM) aplicado en 50 mujeres con cáncer de mama, sin mastectomía, pacientes todas de la misma Institución de salud pública, ello con base en las tres escalas en las que se divide el Inventario: Enojo-Estado, Enojo-Rasgo y Expresión de enojo. Siendo un estudio de tipo correlacional de campo con un diseño intersujeto. Los resultados obtenidos destacan que el enojo con el que las pacientes de la muestra cuentan tiende más a mostrarse como un rasgo de personalidad que como un estado, lo cual indica que en las pacientes existe la disposición a percibir una amplia gama de situaciones como molestas o frustrantes de manera constante durante su vida, siendo este el estilo con el que ellas cuentan para responder a las demandas del medio. Además, los resultados también advierten la relación importante que poseen variables como la edad y el número de hijos preocupando el hecho de no poder satisfacer necesidades tales como la crianza o ser un modelo a seguir, hecho que concuerda con la propuesta de Santrock (2006) y Erikson (2000), pues mientras más se avanza en edad se piensa en aspectos como las enseñanzas que se dejan, por lo tanto se prefiere no dar a notar que hay enojo para que los demás vean un buen ejemplo y no piensen en la paciente como alguien que fue una carga o se mostró débil ante el padecimiento. La escala Expresión de enojo, fue la que obtuvo los puntajes más altos dentro del Inventario, indicando que si bien las mujeres de la muestra expresan su enojo siempre tratan de controlarse haciéndolo hacia adentro, lo que nos habla de un tipo de control inadecuado considerando que tienden a suprimir la emoción y a mostrarse siempre calmadas y cooperativas. Considerando tales aspectos, la propuesta de intervención va dirigida a una expresión del enojo hacia afuera, lograr mostrarlo hacia otras personas o canalizarlo a otros objetos, teniendo presente en que momentos es adecuado controlarlo para evitar una adaptación inadecuada al entorno.

**Palabras clave:** Cáncer de mama, enojo rasgo, enojo estado, expresión del enojo.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad crónica y progresiva que puede afectar diversos órganos del cuerpo; se caracteriza por la proliferación excesiva de células anormales que alteran el adecuado funcionamiento de la parte invadida (Levenson, 1986).

Psicológicamente el cáncer puede ser considerado como la representación psicossomática rudimentaria y esencial de la separación extrema de las fuerzas positivas y negativas de nuestra existencia. Es una resistencia a la integración de los impulsos biológicos fundamentales de agresión y libido (fuerzas destructivas y constructivas). El cáncer es una evidente disfunción narcisista que prueba la existencia de un conflicto entre esos impulsos primitivos. Es un ataque al yo en el cual las fuerzas vitales se ven superadas por la necesidad inconsciente de autodestrucción del individuo. El cáncer es un choque entre las fuerzas que Freud y otros psicoanalistas describieron como impulsos innatos. Más importante aún, el cáncer puede ser descrito como la expresión orgánica de la incapacidad del individuo para afrontar los estímulos internos y externos. El cáncer puede ser considerado como una acumulación que acciona una defensa orgánica. Esta respuesta a la irritación puede ser muy específica (un tumor) o puede penetrar en todo el organismo (linfoma o leucemia) (Levenson, 1986).

En realidad, la idea de que el cáncer puede estar relacionado con factores emocionales es bastante antigua. En el tratado de Galeno sobre los tumores, *De Tumoribus*, ya se indicaba que las mujeres melancólicas, que presumiblemente tenían demasiada bilis negra, eran mucho más susceptibles al cáncer que cualquier otro tipo de mujeres (Flores, 1994).

Nunn (1822 en Flores, 1994), destacó la importancia de los factores emocionales en el cáncer de mama y, de igual manera, Stern observó que el cáncer de cuello de útero en las mujeres era mucho más común en personas frustradas y sensitivas.

Thomas y Duszynski (1974 en Flores, 1994) comenzaron un estudio psicosocial con estudiantes de medicina en el *Johnson Hopkins Hospital*. El estudio se interesaba en la determinación de posibles factores que podrían tener valor predictivo en cuanto a la enfermedad. Los datos de este macroestudio sugieren que el cáncer tiende a presentarse en personas opacadas, no agresivas e incapaces de expresar adecuadamente sus emociones.

En relación directa con el cáncer de mama destaca el estudio realizado por Derogatis et al. (1979 en Flores, 1994) llevado a cabo en el *Johns Hopkins* con pacientes terminales. Las mujeres más combatientes psíquicamente sobrevivieron más tiempo que aquellas que eran confiadas y complacientes. Hallazgos similares fueron comunicados en un estudio de *King's College* de Londres con 160 mujeres asintomáticas ingresadas para biopsia de tumor de mama, que fueron sometidas a una serie de entrevistas, pruebas psicológicas e historia médica y psiquiátrica. En este estudio se puso de manifiesto que la supresión de la cólera extremada tenía una correlación estadísticamente significativa con el diagnóstico de cáncer de mama. Así mismo, la supresión de la cólera también se correlacionaba positivamente con niveles alterados de inmunoglobulina A y el grado de metástasis un año después de haber sido operadas (Pettingale et al., 1977 en Flores, 1994).

Es importante notar la influencia de las emociones, sobre todo de aquellas destructivas como el enojo que influye en una gran variedad de funciones adaptativas y repercute en la regulación de procesos internos en la reacción de defensa, así como la regulación de las conductas sociales e interpersonales mostradas por hacia los demás (De Figueroa, Schmidt & Gold, 2001).

## **JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación tiene como propósito detectar si las mujeres con cáncer de mama presentan enojo, tomándolo en cuenta como un sentimiento que influye de manera importante para el desarrollo de la enfermedad ya que hasta hoy en día las causas de dicho padecimiento siguen siendo desconocidas, sin embargo se comienza a dar importancia al aspecto emocional en el desarrollo del padecimiento.

El enojo y la hostilidad contribuyen a la patogénesis de varios desordenes médicos entre los que destaca el cáncer, lo anterior no indica que el enojo por sí mismo provoque una enfermedad, sino que señalan que es un importante factor de riesgo (De Figueroa, Schmidt & Gold, 2001).

Tales hallazgos sobre un padecimiento que día a día se presenta con mayor frecuencia en la población y lleva a quien la padece, y a quien esta a su cargo, a un desgaste emocional y físico importantes, sugiere la posibilidad de desarrollar técnicas psicoterapéuticas más enfocadas en el tratamiento adecuado de la enfermedad, tomando en cuenta los factores psicológicos que influyen de manera directa en el desarrollo del cáncer para no tratar a estos pacientes con un modelo ya establecido para otras enfermedades, cuyas consecuencias no son las mismas.

Los datos obtenidos permitirán un mejor entendimiento del paciente con cáncer, específicamente de la paciente con cáncer de mama, advirtiendo un posible factor cuya influencia puede ser determinante en el desarrollo de la enfermedad, lo que ayudará a un manejo adecuado ya sea para un procedimiento terapéutico, en el trato diario y como base importante para el desarrollo de investigaciones con un enfoque más claro en las causas o factores que influyen en el padecimiento.

## **CAPÍTULO I. CÁNCER DE MAMA**

Enfermar es “normal”, todo ser humano a lo largo de su vida enfermará en múltiples circunstancias, con distinto grado de severidad y con consecuencias diversas, por lo que puede ser considerado y estudiado desde múltiples puntos de vista: médico, biológico, bacteriológico, inmunológico, clínico, psicológico, social, antropológico, etc., dependiendo del tipo de enfermedad que se presente y su impacto en las esferas psicológica, social y física.

En el caso del cáncer, esta es una enfermedad que afecta y se ve influenciada por dichas esferas, representando una patología grave y compleja, con una evolución y pronóstico dependientes de la etapa de la vida en la que se presente (Velázquez, García, Alvarado & Ángeles, 2007).

La epidemia del cáncer de mama constituye una prioridad en salud, ya establecida en los países desarrollados. En los países en desarrollo, por el contrario, se ha prestado insuficiente atención a este problema sanitario emergente. La evidencia reciente demuestra que el cáncer de mama es hoy en día una de las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres de países en vías de desarrollo (Knaul, et al., 2009).

### **I.1 Definición**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

Para Link (2008), físicamente el cáncer es un conjunto de enfermedades cuyo denominador común consiste en que se desarrollan células anormales con un crecimiento incontrolado que se reproducen más o menos atípicamente las células del tejido en el que aparecen, y que pueden comportarse de diferentes modos, según los órganos y sistemas afectados. En general las células se caracterizan por escapar al control reproductivo que requería su función original, perdiendo sus capacidades originales, y con el tiempo, adquiriendo otras que no les corresponden, invadiendo de forma progresiva y por distintas vías órganos próximos, o incluso a distancia por vía linfática o hematológica (por la sangre) con crecimiento y división más allá de los límites normales. Una característica importante es la aparición de metástasis, que se refiere a la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis. La mayoría de los cánceres forman tumores pero algunos no (como la leucemia).

Arce, et al. (2011) menciona que el cáncer de mama es un tipo de cáncer que puede dar a la mujer y que precisamente se localiza en las mamas. Se refiere a un tumor maligno que se origina en las células del seno y que generalmente se detecta como un bulto en el mismo. Un tumor maligno se refiere a un grupo de células cancerosas que pudiera crecer hacia (invadir) los tejidos circundantes o propagarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo. Aunque esta enfermedad ocurre casi por completo en las mujeres, los hombres también la pueden padecer.

En México, el cáncer de mama ocupa en la actualidad el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas en las mujeres, representa 11.34% de todos los casos de cáncer, hay un incremento global de aproximadamente 1.5% anual, sin embargo en los países de economía emergente este incremento es alrededor de 5%. El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los

59 años de edad. La mortalidad por cáncer mamario se ha incrementado en 10.9% relativo en los últimos años.

## **I.2 Tipos de cáncer de mama**

De acuerdo con Arce, et al (2011), dentro del cáncer de mama existen dos tipos principales:

- Carcinoma ductal (el más frecuente): Comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón
- Carcinoma lobulillar: Comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen la leche materna.

En ocasiones, el cáncer de mama puede comenzar en otras áreas de la mama.

El cáncer de mama puede ser o no invasivo. Esto significa que se ha propagado desde el conducto galactóforo o lobulillo a otros tejidos en la mama. No invasivo significa que aún no ha invadido otro tejido mamario. El cáncer de mama no invasivo se denomina *in situ*.

- El carcinoma ductal *in situ* (CDIS), o carcinoma intraductal: Es un cáncer de mama en el revestimiento de los conductos galactóforos que todavía no ha invadido tejidos cercanos. Sin tratamiento, puede progresar a cáncer invasivo.
- El carcinoma lobulillar *in situ* (CLIS): Es un marcador del aumento del riesgo de cáncer invasivo en la misma o ambas mamas.

## **I.3 Factores de riesgo**

En el curso de toda la vida, a una de cada ocho mujeres se le diagnosticará cáncer de mama (OMS, 2013).

Dentro de los factores de riesgo Arce, et al (2011) señala los siguientes:

- **Edad y sexo:** El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta a medida que usted envejece. La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 50 años. Los hombres también pueden padecer cáncer de mama, pero tienen 100 veces menos probabilidades que las mujeres de sufrir este tipo de cáncer.
- **Genes:** Algunas personas tienen mutaciones genéticas que las hacen más propensas a enfermarse de cáncer de mama. Los defectos en genes más comunes se encuentran en los genes BRCA1 y BRCA2. Estos genes normalmente producen proteínas que lo protegen a uno del cáncer. Si uno de los padres le transmite a usted un gen defectuoso, tendrá un mayor riesgo de presentar cáncer de mama. Las mujeres con uno de estos defectos tienen hasta un 80% de probabilidades de padecer cáncer de mama en algún momento durante su vida.
- **Ciclo menstrual:** Las mujeres que inician tempranamente sus períodos menstruales (antes de los 12 años) o llegan a la menopausia tarde (después de los 55) tienen un riesgo mayor de cáncer de mama.

Otros factores involucran:

- **Consumo de alcohol:** El consumo de más de 1 o 2 vasos de alcohol al día puede incrementar el riesgo de cáncer de mama.
- **Parto:** Las mujeres que nunca han tenido hijos o que los tuvieron recién después de los 30 años tienen un mayor riesgo de presentar cáncer de mama. Quedar en embarazo más de una vez o a temprana edad reduce el riesgo de padecer este tipo de cáncer.
- **Hormonoterapia:** Existe un mayor riesgo de cáncer de mama si ha recibido hormonoterapia con estrógenos durante algunos años o más.
- **Obesidad:** Ha estado asociada con el cáncer de mama, aunque este vínculo no se ha comprendido por completo. La teoría es que las mujeres obesas producen más estrógenos, lo cual puede estimular la aparición de este cáncer.

- Radiación: Si recibió radioterapia cuando era niño o adulto joven para tratar un cáncer del área del tórax, tiene un riesgo muy alto de padecer cáncer de mama. Cuanto más joven haya sido al iniciar la radiación y más alta la dosis, mayor será el riesgo. Esto es especialmente cierto si la radioterapia se administró durante el desarrollo de las mamas.

Marina y Aspilcueta (2009), también destacan:

- Antecedentes familiares de cáncer de mama: Usted también tiene un riesgo más alto de padecer cáncer de mama si tiene un familiar cercano que haya padecido este tipo de cáncer, al igual que cáncer uterino, ovárico o de colon. Alrededor del 20 al 30% de las mujeres con cáncer de mama tienen antecedentes familiares de la enfermedad. De acuerdo con Marina y Aspilcueta (2009), El riesgo de desarrollar cáncer del seno es mayor para la mujer cuya madre, hermana(s), o hija(s) ha(n) tenido la enfermedad, así como también para la que tiene dos o más parientes cercanas, como primas o tías, con una historia de cáncer del seno.
- Las mujeres con ciertas condiciones anormales en el seno, como hiperplasia tienen un riesgo mayor. Esto sólo se puede determinar mediante un estudio anatómico - patológico de una biopsia de mama.
- Las mujeres de 45 años de edad o mayores cuya mamografía muestra una densidad mayor del tejido del seno tienen un riesgo elevado. Esto no es sólo porque los tumores en un seno denso son más difíciles de "ver", sino porque en las mujeres mayores el tejido denso del seno de por sí está relacionado con la probabilidad incrementada de desarrollar cáncer de mama
- Una mujer que no tuvo hijos no ha tenido hijos o ha tenido su primer bebé a los 30 años o más, tiene también un riesgo mayor de desarrollar cáncer del seno. La evidencia reciente sugiere que las mujeres menopáusicas expuestas a la terapia de remplazo hormonal a largo plazo (más de 10 años) tienen un riesgo ligeramente más alto de desarrollar cáncer del seno.

No se han encontrado indicadores que señalen que los implantes mamarios, el uso de antitranspirantes y el uso de sostenes con varillas aumenten el riesgo de cáncer de mama.

Sin embargo, los factores de riesgo no suministran toda la información. Si se tiene uno, o hasta varios factores de riesgo, no necesariamente significa que se padecerá la enfermedad. La mayoría de las mujeres que tienen uno o más factores de riesgo de cáncer de mama nunca padecen la enfermedad, mientras que muchas mujeres que la padecen no tienen factores de riesgo aparentes (excluyendo el ser mujer y de edad avanzada). Aun cuando una mujer con factores de riesgo padece cáncer de mama, resulta difícil saber cuánto pudieron haber contribuido estos factores (OMS, 2013).

#### **I.4 Diagnóstico**

Este tipo de cáncer se puede detectar tempranamente a través de la observación o el tacto. Toda mujer tiene algún grado de riesgo de desarrollar cáncer del seno durante su vida y ese riesgo aumenta a medida que la mujer tiene más años. Sin embargo, el riesgo no es el mismo para todas las mujeres, ya que existen diversos factores a saber que aumentan las probabilidades de desarrollar esta enfermedad (Marina & Aspilcueta, 2009).

Si se tiene la sospecha de presentar cualquier signo o síntoma que podría significar cáncer de mama, se debe hablar con el médico tan pronto como sea posible. Él realizará preguntas sobre los síntomas, sobre cualquier otro problema médico y sobre los posibles factores de riesgo de desarrollar afecciones benignas de la mama o cáncer de mama.

Se examinarán minuciosamente las mamas para localizar la presencia de cualquier protuberancia o área sospechosa y para palpar su textura, tamaño y relación con la piel y los músculos del tórax. Se identificarán todos los cambios en

los pezones o en la piel de las mamas. Es posible que se palpén los ganglios linfáticos axilares o los que se encuentran sobre la clavícula, ya que el agrandamiento o la firmeza de estos ganglios linfáticos puede indicar la propagación del cáncer de mama. El médico también realizará un examen físico completo para saber cuál es su estado general de salud y si existe evidencia de que el cáncer se ha propagado.

Si los síntomas y/o los resultados del examen físico sugieren la presencia de cáncer de mama, probablemente se realizarán más pruebas. Éstas pudieran incluir estudios por imágenes, análisis de muestras de secreción del pezón, o realizar biopsias de las áreas sospechosas.

El diagnóstico temprano sigue siendo una importante estrategia de detección temprana, particularmente en los países de ingresos bajos y medios, donde la enfermedad se diagnostica en fases avanzadas y los recursos son muy limitados.

En la detección temprana es importante poner especial atención a síntomas tales como:

- Tumores mamarios o tumoraciones en las axilas que son duras, tienen bordes irregulares y generalmente no duelen.
- Cambio en el tamaño, forma o textura de las mamas o el pezón. Por ejemplo, se puede presentar enrojecimiento, agujeros o fruncimiento que luce como cáscara de naranja.
- Secreción de líquido proveniente del pezón, que puede ser sanguinolento, de claro a amarillento o verdoso, y lucir como pus.

Además de realizar:

- Mamografía: Estudio o examen exploratorio
- Autoexploración mamaria: Tacto de las mamas

## **I.5 Implicaciones psicológicas**

En nuestra cultura, el cáncer se señala como una enfermedad que soporta una impresionante carga de significados fatales: la convicción de la “muerte inevitable, como una sentencia”, de la “destrucción física que me convertirá en un inválido”, del “terrible dolor que no podrá ser calmado”, del “mal creciendo y ramificándose en mi interior” (Vidal y Benito, 2008).

Dentro de las implicaciones Psicológicas Cohn y Lazarus (1979 en Velázquez, García, Alvarado & Ángeles, 2007) establecieron una lista de amenazas que se presentan con este padecimiento a: la vida, la integridad corporal, la incapacidad al dolor, la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, a modificar los roles socio-profesionales, la separación familiar, la hospitalización, los tratamientos, el comprender la terminología médica, la toma de decisiones en momentos de estrés, la necesidad de depender de otros, perder la intimidad física y psicológica, etc. Por ello, el paciente se ve en la necesidad de responder a estas amenazas y adaptarse bruscamente a una nueva realidad, que se va modificando en función de los tratamientos, y evoluciona hacia la curación completa; remisión temporal o a la muerte.

En respuesta a la enfermedad el individuo pone en acción diversos procesos de contención, esto es, las estrategias que se oponen a la amenaza. Estos procesos de contención, que constan de componentes intrapsiquiátricos y conductivos, pueden ser adaptativos o inadaptativos y, en el último caso, la influencia que ejercen sobre el pronóstico suele ser adversa (Flores, 1994).

Constituye una observación clínica muy frecuente que la respuesta psicológica a la enfermedad varíe enormemente de un paciente a otro, incluso si el paciente padece trastornos de similar naturaleza y severidad. Un método para que el médico conceptualice estas diversas respuestas consiste en obtener la apreciación de lo que la enfermedad puede significar para el paciente. Sin embargo, siempre hay que establecer una distinción entre la descripción del

estado psicológico del paciente y las interferencias que de él se derivan. Aunque éstas pueden facilitar un marco dentro del cual puede operar el médico, siguen siendo especulativas. Lipowski (1969-1970 en Flores, 1994) ha puesto de relieve especialmente la importancia del sentido de la enfermedad como determinante de las respuestas de algunos pacientes.

Una enfermedad puede ser percibida por el paciente como amenaza, como pérdida, castigo, ventaja, insignificancia y otras diversas vicisitudes. La experiencia de una enfermedad es muy subjetiva y su sentido muchas veces sólo se comunica de forma incompleta a otra persona, y no siempre lo aprecia conscientemente la paciente con cáncer de mama (Flores, 1994).

El proceso diagnóstico de cáncer, el conjunto de pruebas, su interpretación y las decisiones sobre los tratamientos (mastectomía, posible reconstrucción, tratamientos de radioterapia y quimioterapia, etc.) así como la segunda opinión se asocian a una elevada ansiedad e incertidumbre para la paciente y su familia. La primera reacción al diagnóstico o su sospecha puede ser de negación, incredulidad, aceptación pasiva o un shock emocional, ya que en la mayoría de los casos el diagnóstico es inesperado, para después de un cierto tiempo llegar paulatinamente a cierta adaptación. En todo caso, constituye una amenaza a la supervivencia, al bienestar psicológico y social y a los proyectos vitales del propio paciente y de su familia.

Las estrategias de afrontamiento ante el diagnóstico más frecuentes son las siguientes: a) espíritu de lucha, en el que la paciente considera el cáncer como un reto al que ha de enfrentarse para obtener los mejores tratamientos y preservar su calidad de vida y mantener sus proyectos vitales; b) la negación, tratar de minimizar la amenaza y evitar la información; c) el fatalismo, considerar que nada puede hacer, que todo depende de la suerte; d) la indefensión y la desesperanza, el diagnóstico se considera como una pérdida, sin posibilidades de control y e) la preocupación ansiosa, marcada por la rumiación persistente y el miedo.

Las reacciones emocionales tras el diagnóstico son variables y están influenciadas por muchos factores, entre los que se cuenta la edad, ya que las personas más jóvenes responden con mucha más ansiedad, suelen requerir más información, sienten mayor temor no sólo por su vida, sino por su sentido de feminidad, imagen corporal, fertilidad, cuidado de sus hijos, proyectos vitales y situación económica. Las personas mayores responden con menor ansiedad y con mayor indefensión, las necesidades y síntomas que sufren son con frecuencia peor evaluados y tratados que en las personas jóvenes y de mediana edad. El apoyo familiar, de pareja, social y laboral así como la vulnerabilidad psicológica previa y la historia de cáncer familiar son determinantes fundamentales del afrontamiento del diagnóstico.

Sin embargo, llama bastante la atención que no se hayan incluido los factores propiamente psíquicos (la personalidad, el pensamiento, los mecanismos de defensa psicológicos, el aprendizaje y las técnicas de afrontamiento de los eventos estresantes). Dichas variables psicológicas pueden constituir índices fiables de la agresividad del tumor, más que otras variables, tiempo-dependientes del tamaño tumoral y de la afectación de los ganglios linfáticos (Slamon, 1991 en Flores, 1994).

## **I. 6 Tratamiento**

El tratamiento del cáncer requiere una cuidadosa selección de una o más modalidades terapéuticas dentro de las cuales destacan: cirugía, radioterapia o quimioterapia. El objetivo consiste en curar la enfermedad o prolongar considerablemente la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente. El diagnóstico y el tratamiento del cáncer se complementan con el apoyo psicológico.

- Cirugía: Método más empleado para aquellos tumores pequeños y localizados en un lugar concreto. Para que sea completamente eficaz se precisa extirpar parte del tejido que rodea el tumor para asegurar así que

todas las células cancerosas han sido extirpadas. La cirugía es la forma más antigua de tratamiento del cáncer. Cerca del 60% de los pacientes de cáncer se someterán a cirugía, ya sea por sí misma o en combinación con otras terapias.

- Radioterapia: Es un tratamiento local efectivo contra el cáncer. Puede ser el único que se proponga en algunos tipos de cáncer, o bien combinarse con cirugía (extirpación del tejido canceroso) y quimioterapia (administración de medicamentos). En algunos casos, la radioterapia no se utiliza como tratamiento curativo, sino para evitar el dolor, inflamación, sangrado o el crecimiento del tumor que pudiera oprimir órganos vitales. Las radiaciones son rayos de alta energía provocados por materiales radioactivos o por máquinas especiales. La radiación actúa específicamente dentro de la célula cancerosa en la fase en que se multiplica, destruyéndola o impidiendo que se reproduzca. Esto ayuda a que el cáncer no invada otros órganos del cuerpo. Durante el tratamiento, también reciben radiación las células normales, pero como éstas se reproducen más lentamente pueden recuperarse mejor del efecto radioactivo.
- Quimioterapia: La quimioterapia consiste en tratar el cáncer con medicamentos de acción intensa, que por lo general se inyectan en la vena o se administran por vía oral. Los medicamentos viajan por todo el cuerpo en el torrente sanguíneo y a menudo se utiliza una combinación de medicamentos, porque se ha comprobado que eso es más eficaz. Este método de cura se administra en ciclos, cada uno de ellos seguido por un periodo de recuperación. La quimioterapia con frecuencia dura alrededor de 6 meses, variando entre 3 y 9. Después de que el cáncer se extirpa mediante la cirugía, la quimioterapia puede reducir considerablemente el riesgo de que el cáncer reaparezca.

## **I.7 Estrategias de prevención**

El control de factores de riesgo específicos modificables, así como una prevención integrada eficaz de las enfermedades no transmisibles que promueva los alimentos saludables, la actividad física y el control del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo.

El tamoxifeno está aprobado para la prevención del cáncer de mama en mujeres de 35 años en adelante que estén en alto riesgo. Analice esto con el médico.

Las mujeres que están en riesgo muy alto de sufrir cáncer de mama pueden pensar en someterse a una mastectomía preventiva (profiláctica). Se trata de la cirugía para extirpar las mamas antes de que el cáncer de mama se haya diagnosticado alguna vez. Las posibles candidatas abarcan:

- Mujeres a quienes ya se les ha extirpado una mama debido a cáncer
- Mujeres con fuertes antecedentes familiares de cáncer de mama
- Mujeres con genes o mutaciones genéticas que aumenten el riesgo de padecer este tipo de cáncer (como BRCA1 o BRCA2)

El médico puede realizar una mastectomía total para reducir el riesgo de cáncer de mama. Esto puede disminuir, pero no eliminar, el riesgo de este tipo de cáncer.

Muchos factores de riesgo, como los genes y los antecedentes familiares, no se pueden controlar. Sin embargo, realizar unos cuantos cambios en el estilo de vida puede reducir la posibilidad total de cáncer en general. Esto incluye el consumo de alimentos saludables.

- Escoja alimentos y tamaños de las porciones que fomenten un peso saludable.
- Escoja productos integrales en lugar de productos de granos refinados.
- Coma más frutas y verduras cada día.

- Reduzca las carnes rojas y procesadas en la alimentación.
- Reduzca el consumo de alcohol a un trago por día (las mujeres que están en alto riesgo de cáncer de mama no deben consumir alcohol en absoluto).

Es posible reducir y controlar el cáncer aplicando estrategias de base científica destinadas a la prevención de la enfermedad así como a la detección temprana y al tratamiento de estos enfermos. Muchos cánceres tienen grandes probabilidades de curarse si se detectan tempranamente y se tratan de forma adecuada. Más del 30% de las defunciones por cáncer podrían evitarse modificando o evitando los principales factores de riesgo, tales como:

- El consumo de tabaco
- El exceso de peso o la obesidad
- Las dietas malsanas con un consumo insuficiente de frutas y hortalizas
- La inactividad física
- El consumo de bebidas alcohólicas
- Las infecciones por PVH y VHB
- La contaminación del aire de las ciudades
- El humo generado en la vivienda por la quema de combustibles sólidos

El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y es la causa del 22% de las muertes mundiales por cáncer en general, y del 71% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón. En muchos países de ingresos bajos, hasta un 20% de las muertes por cáncer son debidas a infecciones por VHB o PVH (OMS, 2013).

- Intensificar la evitación de los factores de riesgo recién enumerados
- Vacunar contra los PVH y el VHB
- Controlar los riesgos ocupacionales
- Reducir la exposición a la radiación solar

Desde la perspectiva epidemiológica se reporta en el Registro Histopatológico de Neoplasias de México 108,064 casos de cáncer, colocándose como la segunda causa de morbilidad nacional (Velázquez, García, Alvarado & Ángeles, 2007).

La adopción de estilos de vida saludables y el control de hábitos de riesgo pueden salvar más vidas que todos los procedimientos de quimioterapia existentes.

Un diagnóstico definitivo requiere un examen histológico, aunque las primeras indicaciones de cáncer pueden ser dadas a partir de síntomas o radiografías. Muchos cánceres pueden ser tratados y algunos curados, dependiendo del tipo, la localización y la etapa o estado en el que se encuentre. Una vez detectado, se trata con la combinación apropiada de cirugía, quimioterapia y radioterapia. Según investigaciones, los tratamientos se especifican según el tipo de cáncer y, recientemente, también del propio paciente. Ha habido además un significativo progreso en el desarrollo de medicamentos que actúan específicamente en anormalidades moleculares de ciertos tumores y minimizan el daño a las células normales (Link, 2008).

## **CAPÍTULO II. Madurez como Etapa de la vida**

### **II. 1 Ciclo Vital**

Santrock (2006) menciona que el dominio de la vida a menudo implica conflictos y competencia entre tres de los objetivos del desarrollo humano: crecimiento, mantenimiento y regulación. A medida que el individuo evoluciona hacia la madurez y la vejez, el mantenimiento y la regulación de sus capacidades constituyen un punto central alejándose del crecimiento

La salud y el bienestar han sido objetivos importantes durante la mayor parte de la historia humana. Médicos asiáticos del 2600 a.C. y médicos griegos del 200 a.C reconocían que los buenos hábitos eran esenciales para una buena salud. Se daban cuenta de que la gente tenía cierto control sobre su salud y su bienestar.

Otro elemento importante es el contexto sociocultural en el que el individuo se desenvuelve; incluye cinco conceptos importantes: contexto, cultura, origen étnico, estatus socioeconómico y género

Un contexto se refiere al lugar en el cual ocurre el desarrollo. Este lugar está influido por factores históricos, económicos, sociales y culturales.

La cultura se refiere a los patrones de comportamiento, las creencias y todas las características de un grupo particular que pasan de generación en generación. La cultura influye en la identidad, el aprendizaje y el comportamiento social.

El origen étnico está basado en la herencia cultural, las características nacionales, la raza, la religión y la lengua.

El estatus socioeconómico se refiere a un grupo de gente con características profesionales, educativas y económicas similares; aunque implica ciertas desigualdades.

Mientras que el sexo se refiere a la dimensión biológica de ser hombre o mujer, el género implica las dimensiones psicológicas y socioculturales de ser hombre o mujer.

Dichos elementos juegan un papel diferente dependiendo del momento en el desarrollo del individuo, entendiendo por desarrollo al patrón de evolución o cambio que comienza en la concepción y continúa a través de todo el curso de la vida. La mayor parte del desarrollo implica crecimiento, a pesar de que también contienen una decadencia, como es el caso del envejecimiento y la muerte.

Para poder ubicar la importancia de cada uno de los elementos mencionados anteriormente es importante tomar en cuenta las diversas etapas que conforman el desarrollo de un individuo. Son muchas las propuestas en relación a las etapas del desarrollo, sin embargo, para la presente investigación se tomarán en cuenta dos de ellas: Estadios del desarrollo, abordada por Santrock (2006) y la Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (2000).

El concepto de Estadio del desarrollo se refiere al período de tiempo en la vida de una persona que cuenta con unas características concretas. Con la intención de poder organizar y comprender el desarrollo, éste ha sido comúnmente descrito y dividido en diferentes períodos. La clasificación más usada para los estadios del desarrollo implica la siguiente secuencia: estadio prenatal, primera infancia, niñez temprana, niñez intermedia y tardía, adolescencia, juventud, madurez y vejez.

En este caso nos centraremos en los estadios referentes a la juventud, madurez y vejez.

La juventud es un estadio del desarrollo que comienza al final de la adolescencia o a los 20 años y dura hasta que cumplimos la treintena. Es el tiempo de establecer una independencia personal y económica, un desarrollo profesional y, para muchos, elegir una pareja, prender a vivir con alguien de forma íntima, comenzar una familia y criar a los hijos.

La madurez es el estadio del desarrollo que comienza aproximadamente a los 40 años y dura hasta los 60 años. Es un tiempo de expansión personal y participación y responsabilidad social. Es el momento de ayudar a la siguiente generación para convertirse en individuos maduros y competentes y alcanzar y mantener el éxito profesional.

La vejez es el estadio del desarrollo que comienza en los sesenta o setenta años y dura hasta la muerte. Es el momento de adaptarse a la disminución de la fuerza y la salud, el momento de reflexionar sobre la vida y la jubilación y adaptarse a los nuevos roles sociales.

Cada uno de los estadios implica nuevos retos a los cuales el individuo tiene que adaptarse considerando los factores personales que han influido en su desarrollo.

En el caso de la Teoría del Desarrollo Psicosocial, Erikson (2000) pone énfasis en los determinantes sociales en el desarrollo de la personalidad y sugiere que éste consiste principalmente en el crecimiento del yo, de acuerdo a como la persona afronta las principales tareas de la vida.

Concibe el desarrollo como la adaptación del hombre biológico dentro de un contexto sociocultural.

Para Erikson, una personalidad sana y madura alcanza la felicidad personal y la afectividad social conservando una posición bien definida hacia el extremo positivo continuo en cada dimensión del desarrollo. Como consecuencia, los rasgos que caracterizan a una personalidad sana y madura serían: La felicidad individual combinada con la ciudadanía responsable. Además, los factores que determinan las relaciones interpersonales sanas son las mismas que determinan las relaciones patológicas.

Para explicar el desarrollo de la personalidad, Erikson propone el desarrollo epigenético y lo divide en ocho etapas. Cada etapa se caracteriza por una tarea específica que debe ser dominada para que el desarrollo subsecuente pueda

darse en forma normal. La preparación con cada tarea ocurre en periodos previos y por tanto, cada tarea se realiza plenamente en las etapas subsecuentes.

Erikson sostiene que las ocho etapas del ciclo vital son el resultado del principio epigenético. Este principio enuncia que el curso del desarrollo está programado genéticamente y que el despliegue maduracional sigue una secuencia con un patrón definido. Las relaciones del individuo con su medio dependen de cambio biológicos. Las exigencias biológicas y ambientales deben entrelazarse. Los requerimientos internos y externos deben corresponder, en cierto grado, al menos, para que el individuo se desarrolle y funciones normalmente en una cultura en particular. Cualquier comportamiento puede entenderse en función de ajustes biológicos, psicológicos y sociales. Cada etapa consta de tareas propias del desarrollo que confronta al individuo con una nueva crisis que debe afrontar. Cuanta más crisis resuelve un individuo de manera satisfactoria, más saludable será su desarrollo.

El diseño genético dirige al individuo en desarrollo, pero éste se da en un ambiente cultural preexistente, el cual también tiene una estructura dinámica. Erikson agrega la función dinámica de la cultura. El desarrollo no ocurre en el vacío, sino más bien en un ambiente cultural que impone exigencias, el desarrollo cambia a través del ciclo de la vida.

Cada aspecto del desarrollo y funcionamiento de la personalidad es el producto de dotes individuales e influencias culturales. Aunque el crecimiento es un proceso orgánico, el desarrollo psicológico humano es imposible sin las condiciones geográficas y socioculturales en las que tiene lugar el crecimiento.

Las condiciones culturales, físicas y geográficas tienen una influencia tan profunda en el curso del desarrollo que toda la orientación de la gente (lo que es valioso, ético y moral) es establecido por esas condiciones externas. El poderoso papel de la cultura se manifiesta cuando hay una alteración súbita en los patrones culturales.

Las Etapas del desarrollo que propone Erikson son las siguientes: Confianza frente a desconfianza, Autonomía frente a vergüenza y dudas, Iniciativa frente a culpa, Productividad frente a inferioridad, Identidad frente a confusión de identidad, Intimidad frente a aislamiento, Laboriosidad frente a estancamiento e Integridad frente a desesperanza.

En esta ocasión nos centraremos en las siguientes etapas:

Intimidad frente a aislamiento (Juventud, de los 20 a los 30 años): En este momento el individuo se enfrenta a tareas de construcción de relaciones íntimas con otros. Si el joven adulto crea una relación de amistad saludable y una relación íntima con otro individuo, alcanzará la intimidad; si no lo hace, se enfrentará al aislamiento.

Laboriosidad frente a estancamiento (Madurez, de los 40 a los 50 años): Una de las preocupaciones fundamentales es ayudar a la generación más joven en su desarrollo y conducirlos hacia una vida útil, esto es lo que quiere decir Erikson con laboriosidad. La sensación de no haber hecho nada para ayudar a la siguiente generación es el estancamiento.

Integridad frente a desesperanza (Vejez, de los 60 años en adelante): En los últimos años de vida, se mira hacia atrás y se evalúa lo que se ha hecho a lo largo de una vida. Las personas mayores pueden desarrollar una visión positiva de sus fases de desarrollo previas. Si la mirada retrospectiva revela una vida placentera y la persona se siente satisfecha, la integridad habrá sido alcanzada. Si, por el contrario, alguna de las etapas anteriores del desarrollo evoluciona de forma negativa, las miradas retrospectivas producen duda o pesimismo, se produce la desesperanza.

## **II. 2 Madurez**

De acuerdo con Lachman (2004 en Santrock, 2006) la madurez representa una etapa de disminución en las capacidades físicas y de aumento de las responsabilidades, un periodo en el que los individuos se muestran más

conscientes de la polaridad entre juventud y vejez y advierten el menor tiempo del que disponen en sus vidas. La madurez constituye un punto en el que se busca dejar un legado coherente a la siguiente generación, y un período en que los individuos alcanzan y mantienen la satisfacción en sus trayectorias profesionales. En definitiva, la madurez supone el equilibrio entre el trabajo y las responsabilidades que emanan de las relaciones en medio de una serie de transformaciones físicas y psicológicas relacionadas con el envejecimiento.

En esta etapa vital intermedia, los individuos toman decisiones, eligiendo lo que desean hacer, cómo utilizar su tiempo y sus recursos y evaluando los aspectos de sus vidas que necesitan cambiar. Durante la madurez, un accidente grave, una pérdida o una enfermedad pueden representar un toque de atención para que el individuo despierte y efectúe una nueva estructuración de su tiempo y una evaluación de sus prioridades en la vida.

A pesar de que todos experimentamos algún tipo de cambio físico debido al proceso de envejecimiento durante los años de la madurez, la magnitud de estos cambios varía de un individuo a otro. La estructura genética y los factores relacionados con el estilo de vida poseen una importante influencia en la aparición o no de enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas se caracterizan por aparecer de forma lenta y por extenderse a lo largo del tiempo.

En la actualidad, las enfermedades crónicas representan la principal causa de muerte para los individuos maduros. De entre estas enfermedades destacan las cardíacas, seguidas por el cáncer y las cerebrovasculares. En la primera mitad de la madurez, el cáncer acaba con más vidas que las enfermedades cardíacas.

Otros factores relevantes para la salud en esta etapa de la vida son la estabilidad emocional y la personalidad. En el espacio comprendido entre los 34 y los 50 años de edad, los individuos que presentan un mejor estado de salud son también aquellos que dan muestra de más calma, de un nivel más elevado de autocontrol y de una mayor responsabilidad (Livson y Peskin, 1981 en Santrock, 2006).

## **II. 3 Incidencia del cáncer de mama**

En ocasiones el pronóstico de una enfermedad se relaciona con la edad de la persona afectada. Un tumor muy agresivo en gente joven, puede tener un mejor pronóstico que en la población adulta, como es el caso del cáncer de mama, o bien un comportamiento opuesto como en el caso del osteosarcoma y la leucemia. El funcionamiento del sistema inmunológico disminuye con el proceso de envejecimiento.

Tomando en consideración que la OMS (2013) identifica que los cánceres que más muertes causan en la población adulta son de pulmón, estómago, hígado, colon y mama; además de los cánceres originados por agentes virales –hepatitis B (VHB) y C (VHC) o Virus del Papiloma humano (VPH)–, que causan aproximadamente 20% de las muertes en el mundo.

Además, las principales causas de muerte por tumores malignos en mujeres de 20 y más años en 2011 son por cáncer de mama (13.8%) y cervicouterino (10.4 %).

En el cáncer de mama el grupo de edad más afectado es el de 40 a 49 años, con 29.5% del total de casos; mientras que 45% de éstos se presentan antes de los 50 años.

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Esto es resultado de la interacción de factores genéticos y externos (físicos, químicos y biológicos), que producen la degeneración de las células con lo que se originan lesiones precancerosas y finalmente tumores malignos. Dichos tumores suelen estar localizados, pero eventualmente pueden diseminarse a otros órganos (metástasis) La OMS (2013) estimó en 2008 que la principal causa de muerte en el mundo es el cáncer (7.6 millones de casos), localizados en su mayoría en pulmón, estómago, hígado, colon y mama

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011), reporta que de 2007 a 2009 en América Latina, la tasa de mortalidad estandarizada a consecuencia de cáncer maligno es de 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes.

Las tasas más altas en la región se localizan en Uruguay (168.4 por cada 100 mil habitantes), Cuba (143.3) y Perú (136.6); México como resultado de los esfuerzos que se han llevado a cabo en materia de prevención, atención oportuna y sensibilización, tiene la tasa más baja de Latinoamérica (75.4%).

En este sentido, la OMS en apoyo a la Unión Internacional contra el Cáncer, conmemora el 4 de febrero como el Día Mundial contra el Cáncer. Con el fin de brindar información estadística relevante y favorecer en la labor de difusión y prevención sobre esta enfermedad, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) presenta un panorama general sobre las neoplasias malignas que afectan a la población mexicana.

En México durante 2010, se observó que los principales tumores malignos que afectan a la población femenina adulta (de 20 años y más) que fue hospitalizada por este diagnóstico son el cáncer de mama (24.3%), el cervicouterino (9.7%) y el de colon (3.2 por ciento), en los varones adultos se concentran en cáncer de próstata (7.9%), bronquios y pulmón (4.9%) y colon (4.6 %).

Entre las mujeres, la tasa de morbilidad hospitalaria más alta es debida a cáncer de mama, afecta principalmente a las mujeres de 60 a 64 años y a las de 50 a 59 años (158 y 156 de cada 100 mil mujeres de cada grupo de edad, respectivamente). Si bien la autoexploración no lo previene, sí logra concientizar sobre la importancia de revisarse y realizarse mastografías que facilitan una detección oportuna y un tratamiento temprano.

Entre las mujeres, como se señaló el cáncer de mama y cervicouterino representa las principales causas de morbilidad hospitalaria; para el caso del de mama, el grupo de edad que concentra el mayor número de casos es el de 50 a 59 años (29.8%), le sigue el de 40 a 49 años (27.8%).

La tasa de letalidad hospitalaria permite observar que conforma más edad tiene el paciente, más agresivo es el tumor maligno. Esto se observa tanto en hombres como en mujeres, situación lógica pues al tener que realizarse una quimioterapia o

radioterapia, que son altamente agresivas, se necesita un sistema inmune fuerte y la fortaleza física para soportarlo, cosa que no sucede con muchas personas adultas mayores, por lo que el grado de letalidad (o peligrosidad) de esta enfermedad es mayor conforme se incrementa la edad.

Las causas de mortalidad por cáncer en la población de 20 años y más varían en comparación de las presentadas en población menor de 20 años. Esto se debe a que existen factores relacionados con estilos de vida y los cambios de desarrollo del cuerpo que favorecen la aparición de ciertos tumores malignos como el de pulmón o estómago.

En 2011, entre los principales tumores malignos por lo que fallece la población de 20 años y más en México, se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las mujeres mueren por cáncer de mama (13.8%), por cervicouterino (10.4%) y de estómago (7 por ciento). En tanto que los hombres fallecen por cáncer de próstata (16.9%), de bronquios y pulmón (12.8%) y de estómago (8.6%).

La magnitud de las defunciones por tumores malignos entre la población de 20 años y más es mayor conforme avanza la edad. La tasa de mortalidad observada se incrementa de forma importante a partir de los 50 años y éstas, son más altas para la población de 80 y más años; es decir mientras en 2011, nueve de cada 100 mil adultos de 20 a 29 años fallecen a consecuencia de algún tumor maligno y se incrementa hasta 878 de cada 100 mil adultos de 80 años y más.

Por sexo, se observa el mismo patrón, sin embargo las mujeres reportan tasas más altas que los varones en los grupos que van desde los 30 a los 64 años de edad y los hombres en el de 20 a 29 años y de los 65 años y más.

Para las mujeres, los incrementos más altos de las tasas se ubican en mama, cervicouterino y estómago; el cáncer de mama presenta las mayores tasas de mortalidad observada por grupo de edad; se incrementa de 15 muertes por cada 100 mil mujeres de 40 y 49 años a 27 casos entre las de 50 y 59 años, y alcanza

66 defunciones por cada 100 mil mujeres de 80 años y más. Para el caso del cáncer cervicouterino, pasa de 10 muertes por cada 100 mil mujeres de 40 a 49 años, a 30 de cada 100 mil de 65 a 74 años, hasta llegar a 55 en las mujeres adultas mayores de 80 años y más.

## **CAPÍTULO III. PERSONALIDAD**

### **III. 1 Definición**

El constructo personalidad ha sido conceptualizado de muy diversos modos. De acuerdo con Pervin (1998), algunas de las definiciones más aceptadas son las propuestas por los siguientes autores:

Allport definió a la personalidad como la organización dinámica dentro de un individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente.

Goldemberg la definió como una totalidad expresada en conductas, que se traducen en el nivel de la mente, del cuerpo y de las relaciones interpersonales.

Cohen y Swerdlik (2006) destacan las siguientes definiciones:

McClelland definió personalidad como la conceptualización más adecuada del comportamiento de una persona en todos sus detalles.

Menninger la definió como el individuo en su totalidad: su estatura y su peso; sus afectos y aversiones; su presión sanguínea y sus reflejos; sus sonrisas y sus esperanzas; sus piernas arqueadas y sus amígdalas dilatadas. Significa todo lo que cualquiera es y en lo que está tratando de convertirse.

Y proponen la suya propia definiendo personalidad como una constelación única de rasgos y estados psicológicos del individuo. Tomando en cuenta variables en las que los individuos pueden diferir unos de otros, tales como valores, intereses, actitudes, perspectiva del mundo, aculturación, identidad personal, sentido del humor y estilos cognoscitivos y conductuales (Cohen y Swerdlik, 2006)

Pero sea cual fuere la definición que se utilice, todas se caracterizan por los conceptos referidos a la individualidad, a la estabilidad en el transcurso del tiempo y a una totalidad integrada biopsicosocial.

Es decir que, básicamente, personalidad es lo que pertenece en esencia a una persona, lo que hace que ese individuo sea él mismo y no otro. También se puede aceptar que este concepto se refiere a la función psicológica por medio de la cual el individuo se considera como un yo único y permanente (Pervin, 1998).

Considerando la influencia de la personalidad en la conservación del bienestar del individuo Cebriá et al, (2001 en Moreno, 2005) Menciona que tradicionalmente, la personalidad ha representado las características estructurales y dinámicas de los individuos que se reflejan en respuestas más o menos específicas en diferentes situaciones. Estas propiedades permanentes han dado origen a numerosos enfoques en relación con rasgos y tipos de personalidad que las relacionan con variables más o menos implicadas en procesos de ausencia de bienestar.

### **III.2 Rasgo y Estado**

Considerando la definición de Cuhen y Swerdlik (2006) se rescatan dos elementos fundamentales que forman parte de la personalidad, los cuales hablan del modo en que el individuo responde al medio, ya sea de forma permanente, o solo en ciertos momentos, dichos elementos son rasgo y estado de la personalidad, los cuales son únicos en cada individuo y conforman su modo particular de responder al ambiente.

Allport (1965) define los rasgos de personalidad como entidades físicas reales que son estructuras mentales auténticas de cada personalidad. Un rasgo es un sistema neuropsíquico generalizado y determinado (peculiar al individuo) con la capacidad para explicar muchos estímulos funcionalmente equivalentes, así como

para iniciar y guiar formas consistentes (equivalentes) de comportamiento adaptativo y expresivo.

Dicha propuesta también tiene antecedentes en autores como Robert Holt y Raymond Catell. El primero señaló que hay estructuras reales dentro de las personas que determinan su comportamiento en formas legítimas, y prosiguió a conceptualizar esas estructuras como cambios en la química cerebral que pueden ocurrir como resultado del aprendizaje. El aprendizaje causa cambios estructurales submicroscópicos en el cerebro por tanto, de manera probable también lo harán en la organización de su sustancia bioquímica (Cuhen & Swerdlik, 2006).

Mientras que Catell también definió los rasgos como estructuras mentales pero para él estructura no necesariamente implica un estado físico real.

Cuhen y Swerdlik (2006) consideran los rasgos psicológicos como atribuciones asignadas en un esfuerzo por identificar cadenas de consistencia en patrones conductuales. En este contexto, una definición de rasgo de personalidad ofrecida por Guilford en 1959 tiene gran atractivo: "Cualquier forma distinguible, relativamente perdurable, en la que un individuo varía de otro". La palabra distinguible indica que los comportamientos clasificados mediante diferentes conceptos de rasgo en realidad son diferentes entre sí. Por ejemplo, un comportamiento denominado amigable debería distinguirse de un comportamiento clasificado descortés. El contexto, o la situación en la que se exhibe el comportamiento, son importante al asignar términos definidos como rasgo a los comportamientos. Una conducta presente en un contexto puede clasificarse con un término definido como rasgo, pero la misma conducta exhibida en otro contexto puede describirse mejor usando otro término de rasgo.

De esta manera, el término con el que se defina el rasgo depende del comportamiento en sí y del contexto en el que se manifiesta dicho comportamiento.

En su definición de rasgo, Guilford no afirmó que los rasgos representen formas perdurables en las cuales los individuos varían de uno a otro; más bien los definió como relativamente perdurables. Relativamente enfatiza cuán exactamente un rasgo particular manifiesta en sí mismo depender de la situación, al menos en cierto grado.

Allport (1965) abordó la cuestión de la consistencia de los rasgos entre situaciones, o la falta de ésta, como sigue: La consistencia perfecta nunca se encontrará y no debe esperarse. Las personas pueden ser autoritarias y sumisas, sumisas quizá sólo hacia aquellos individuos que portan símbolos tradicionales de autoridad y prestigio, y hacia todos los demás, agresivos y dominantes. El ambiente siempre cambiante eleva ahora un rasgo y luego otro a un estado de tensión activa.

Cuhen y Swerdlik, (2006) retoman un estudio realizado por Roberts y Del-Vechino en el año 2000 quienes, basándose en la idea de que los rasgos de la personalidad son duraderos de forma relativa en el transcurso de nuestras vidas, exploraron la duración de los rasgos mediante un metaanálisis de 152 estudios longitudinales, concluyendo que la consistencia de los rasgos aumenta en un patrón gradual hasta que cumplimos 50 a 59 años de edad, periodo en el que esa consistencia alcanza el punto más alto. Sus hallazgos pueden interpretarse como un incontrovertible testimonio de la relativamente perdurable naturaleza de los rasgos de personalidad en el transcurso de nuestras vidas.

La palabra estado, Cuhen y Swerdlik (2006) mencionan que dicho término ha sido utilizada en dos formas diferentes. En uno de los usos, un estado de personalidad es una disposición psicodinámica inferida, designada para transmitir la cualidad

dinámica del ello, yo y superyó en conflicto perpetuo. La evaluación de estas disposiciones psicodinámicas puede efectuarse mediante el uso de varias técnicas psicoanalíticas como la libre asociación, la asociación de palabras, el análisis simbólico del material del material de las entrevistas, el análisis de los sueños y el análisis de los errores de lengua, accidentes, bromas y olvidos (lapsus).

En la actualidad, un uso más popular del término estado se refiere a la exhibición transitoria de algún rasgo de personalidad. Planteado en otra forma, el uso de la palabra rasgo presupone una predisposición conductual relativamente perdurable, mientras que el término estado es indicativo de una predisposición relativamente temporal. (Chaplin, et al., 1988 en Cuhen & Swerdlik, 2006).

Medir los estados de personalidad equivale, en esencia, a una búsqueda y una evaluación de la fuerza de los rasgos que son de naturaleza relativamente transitoria o completamente específicos respecto a una situación.

### **III.3 Tipos de personalidad**

Otro punto importante a retomar es la forma en que algunos autores han clasificado la personalidad, tomando en cuenta aspectos duraderos (rasgos) o presentes solo en ciertos momentos (estado) y como estos repercuten en la forma de responder al medio y la influencia que dicha respuesta tiene sobre la salud. Así, Vidal y Benito (2008) retoman la clasificación realizada por Meyer Friedman y Ray Rosenman en 1959, la cual consiste en clasificar a las personalidades en relación al desarrollo de la enfermedad coronaria.

Dividían a los sujetos en:

- Personalidad Tipo A o personalidad coronaria: Los individuos con este tipo de personalidad tienden a competir, son impacientes, suelen ser extremadamente esforzados en el trabajo, autoexigentes y suelen tener dificultades con el control y/o la expresión de la hostilidad y la agresividad.

- Personalidad Tipo B o no-A: Se refiere a sujetos físicamente saludables.

Para 1980 T. Morris amplia la clasificación agregando la personalidad Tipo C o con tendencia al cáncer.

- Personalidad Tipo C: Aquellas personas reprimidas que internalizan el estrés, inhiben las emociones, son dependientes y les resulta difícil armar una red social.

Alrededor de dicha clasificación se han realizado varios estudios, encontrando que dichos tipos de personalidad se refieren más a tipos de afrontamiento que a organizaciones de la personalidad propiamente dichas.

De acuerdo con Vidal y Benito (2008) Hans Eysenck y Ronald Grossarth-Maticek postularon un modelo teórico que sostiene que existen numerosos factores de riesgo para el cáncer. Dichos factores son:

- Biológicos: Predisposición genética o las infecciones
- Comportamentales: Relacionado con hábitos
- Psicosociales: Relacionado con el estrés y las diferencias en el manejo del mismo según la personalidad.

Estos autores definen una personalidad con predisposición al cáncer a la que denominan Tipo I, que es similar al Tipo C de Morris, que presenta las siguientes características:

- Tendencia a suprimir las emociones intensas como ansiedad, temor, ira, hostilidad
- Tendencia a manejarse con desajuste frente al estrés, sobre todo cuando otras personas están involucradas, desarrollando sentimientos de desesperanza, desamparo y depresión.
- No pueden afrontar la situación.

De acuerdo con Flores (1994), la persona con el estilo tipo C se muestra más cooperativa, más pacífica y fundamentalmente no asertiva, tendiendo básicamente a no manifestar sus emociones internas, en particular la ira.

Este tipo de personalidad caracteriza a las personas que tienden a evitar o negar emociones, muestran falta de expresión emocional, insertividad, sumisión y aceptación de la autoridad externa, características opuestas del patrón de personalidad Tipo A. Se asocia a la presencia de tristeza, sentimientos de indefensión y pesimismo. Todas estas características son muy negativas para la adaptación psicológica a la enfermedad y probablemente para la salud física, y deben ser tratadas oportunamente (Temoshok & Dreher, 1992 en Cruzado, 2010).

### **III. 4 Personalidad y salud**

Si se toman en cuenta los conceptos antes expuestos se advierte el impacto que la personalidad tiene en la salud, determinando el desarrollo de algún padecimiento o la forma en que el individuo reaccionará al conocer algún diagnóstico, favorable o no. Ambas situaciones nos hablan de formas de adaptación relacionadas con la manera en que comúnmente el individuo responde o la que adopta al enfrentar determinados escenarios.

De acuerdo con Moreno (2005) Alfred Adler hacía hincapié en que para entender a las personas, debemos hacerlo más como conjuntos unificados en vez de hacerlo considerándolas como una colección de trozos y piezas, tomando en cuenta el contexto de su ambiente, tanto físico como social (holismo). Para entender lo antes dicho, Adler en lugar de hablar de la personalidad de un sujeto en el sentido de rasgos internos, estructuras, dinámicas, conflictos y demás, prefería hablar en términos de estilo vital (hoy estilo de vida). Lo cual se refiere a como cada individuo maneja sus problemas y sus relaciones interpersonales.

Esta concepción resalta la interacción de la persona con las variables ambientales y sociales que la rodean y que pueden tornarse saludables o no y actuar como

moduladoras que hagan al sujeto más vulnerable o más resistente a las situaciones de riesgo para la salud. Esta concepción activa, supone, que las personas responden de manera diferente ante unos mismos estresores o circunstancias adversas en sus vidas sin que necesariamente existan respuestas estereotipadas.

Aspectos retomados por Millon (2001 en Virginia, 2006) quien parte de la concepción de que todas las especies buscan los mismos principios básicos: alimentarse, sobrevivir a otras especies y reproducirse para transmitir su herencia. Sin embargo, cada especie tiene su medio de adaptarse y su estilo de supervivencia. En esta línea, la personalidad podría ser concebida como el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro de una especie presenta para relacionarse con su gama típica de ambientes.

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) como “un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Además, la OMS explica que dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud es considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Es decir, es un recurso para la vida diaria, no es el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Sin embargo, gracias a esta perspectiva positiva que surge de la concepción ideal, se parte ahora de definiciones más operativas que presuponen la salud como “una facultad de adaptación humana al medio ambiente, de ajuste del organismo a su medio”. Es más, se ha desarrollado una concepción holística de salud en la que se asume que el individuo busca, no solamente no estar enfermo, sino además encontrar un sentido de felicidad y bienestar que está relacionado con otros factores tales como la familia, la educación y la calidad de vida en

general. Desde esta perspectiva, la salud se formula como un evento multicausal en el que participan condiciones biológicas, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y ecológicas (Moreno, et al, 2005).

El hecho de tratarse de un evento de adaptación multicausal ha dado lugar al surgimiento y fortalecimiento del modelo biopsicosocial en la segunda mitad del Siglo XX. El modelo biopsicosocial sostiene la idea de que los procesos biológicos, psicológicos y sociales están integral e interactuadamente implicados en la salud y en la enfermedad. A raíz de la aparición del modelo biopsicosocial, en el campo de la Psicología, se ha creado un área de estudio propia para investigar acerca de qué procesos psicosociales están implicados en la Salud de los sujetos: la Psicología de la Salud (Moreno, et al, 2005).

La Psicología de la Salud trata de estudiar, comprender y predecir cuáles son los factores psicológicos que juegan un papel en la aparición de las enfermedades, que pueden acelerar o ralentizar su evolución. La Psicología de la Salud no reniega los modelos anteriores. Integra a la vez las hipótesis y resultados de los estudios biomédicos clásicos (efectos de agentes patógenos externos), las hipótesis psicosomáticas (el papel nocivo o protector de ciertas estructuras de personalidad) y los resultados de estudios epidemiológicos (estilos de vida de riesgo, características sociodemográficas) para estudiar cómo estos factores influyen, sólo o conjuntamente, en la aparición y en la evolución de las enfermedades (Moreno, et al, 2005).

Tomando como base este modelo, la personalidad estaría recogida en las características individuales del sujeto, formando parte de una red en la que recibe y produce influencia sobre las características contextuales (acontecimientos de vida, redes sociales, nivel socioeconómico, etc.), lo cual produce influencias sobre el estrés percibido y genera una activación fisiológica, que a su vez influirá sobre el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Este complejo proceso redundará en

el estado de salud del sujeto, tanto en lo que se refiere a los aspectos más somáticos como más emocionales (Moreno, et al, 2005).

La primera hipótesis científica que propone que existe una relación entre personalidad y salud es formulada por Dunbar (1943 en Moreno, 2005). Partiendo de los descubrimientos de la psicosomática, el autor desarrolló la noción de que las respuestas habituales, que las personas exhiben como parte de sus propias personalidades, están relacionadas con enfermedades específicas.

Algunos de los estudios retomados por Moreno (2005) que hablan de la relación entre personalidad y salud son los siguientes:

Friedman y Booth-Kewley (1987) proponen los siguientes posibles vínculos entre personalidad y enfermedad: a) la enfermedad produce cambios en la personalidad, b) los hábitos no saludables, c) las influencias directas de la personalidad, d) lo biológico como variable adyacente, e) las conductas de enfermedad y f) las múltiples influencias.

Suls y Rittenhouse en 1990 proponen tres posibles modelos de conexión entre personalidad y enfermedad: a) el modelo en que la personalidad induce una hiperreactividad, b) el modelo de la predisposición constitucional y c) el modelo de los comportamientos peligrosos

El modelo en que la personalidad induce la hiperreactividad (*personality-induced hyperreactivity model*) consiste en que ciertas personas con un rasgo particular crónico y extremo presentan una reactividad fisiológica exagerada ante el estrés. Una de las hipótesis más conocidas dentro de este modelo es la clasificación de la personalidad en relación al desarrollo de la enfermedad coronaria (Personalidad Tipo A, Tipo B y Tipo C) la cual se mencionó anteriormente.

El modelo de la predisposición constitucional postula que ciertas predisposiciones de la personalidad pueden ser indicadores de una estructura adquirida de debilidad en el sistema orgánico y esta debilidad incrementa el riesgo de enfermar. Como ejemplo de este modelo están los estudios de Eysenck que, entre otras hipótesis, sugieren que los neuróticos presentarían más riesgo de desarrollar un cáncer que los demás porque experimentan estrés de modo crónico.

De acuerdo con el modelo de las conductas peligrosas ciertas predisposiciones puntuales hacen con que el individuo crea o busque situaciones que provocan reactividad, incurra en cargas excesivas, facilite que se establezcan conductas de riesgo o no adopte conductas de salud preventivas. Como ejemplo se puede citar el caso de los neuróticos que pueden fumar intensamente para hacer frente al estrés y así dar lugar al desarrollo de un cáncer de pulmón o de enfermedades del corazón.

Otro estudio es el realizado por Contrada, Cathe y O'Leary en 1999, el cual proponen tres importantes puntos de entrada para el estudio de las relaciones entre salud y la personalidad y otros factores psicológicos. La personalidad puede ser estudiada: a) en relación con trastornos físicos, b) en los procesos que culminan en trastornos físicos o c) en factores que influyen sobre la utilización de la atención sanitaria y sus resultados. Además, la personalidad puede influenciar el bienestar físico, a través del uso y eficacia de medios formales e informales para detectar y tratar problemas de salud. En este papel, la personalidad no puede contribuir directamente en la iniciación o progresión de la enfermedad, sin embargo, puede alterar su curso y resultados.

### **III. 5 Personalidad y Cáncer**

Desde Galeno, numerosos investigadores han llevado a cabo estudios empíricos y han postulado modelos, intentando identificar y explicar los determinantes psicológicos del cáncer. El paradigma biopsicosocial propone que la "mente" (los

factores psicológicos) tiene influencia sobre el “cuerpo”, a través de complejas interacciones entre las respuestas de estrés endocrinas e inmunes, reguladas por las conductas de salud, y adherencia al tratamiento, régimen y vigilancia, disponibilidad y accesibilidad a los recursos (sociales y económicos) (Moreno, 2005).

Holland y Lewis (2003) destacan que la personalidad afecta al estilo de vida y los hábitos que uno tiene, que puede incrementar o reducir el riesgo de desarrollar cáncer. Por ejemplo, si se ignoran las advertencias sobre fumar, o si se dedica a mantener unos hábitos que son peligrosos para la salud, sin duda aumenta el riesgo de padecer cáncer. Otra demora de alto riesgo es la demora en acudir al médico cuando se tiene algún síntoma, como una tos persistente o sangrar por el ano, situaciones que consisten en intentar evitar un problema, o negar que podría existir, a causa del miedo que produce.

Otro factor importante indica que los individuos con personalidades represivas, los que en apariencia parecen personas sosegadas pero que, en su interior, contienen un caldero de emociones dolorosas, son más propensos a desarrollar cáncer.

Dentro de este complejo fenómeno multifactorial, los investigadores a menudo han centrado su atención sobre las relaciones entre la personalidad y el estrés como un factor de riesgo de la enfermedad (Moreno, et al, 2005).

Entretanto, mientras que las enfermedades cardiovasculares han sido asociadas al patrón Tipo A, el cáncer ha sido relacionado con el patrón de personalidad Tipo C y el Tipo I de personalidad (Moreno, et al, 2005).

Cruzado (2010) señala que otra importante variable de personalidad viene dada por el estilo de afrontamiento que determina las preferencias por la información en torno al cáncer, en concreto según, por lo que se puede diferenciar entre estilo evitativo y el aproximativo. Los pacientes con un estilo de afrontamiento

aproximativo prefieren buscar cuanta más información mejor, suelen estar más preocupados por su riesgo de cáncer, saben más de su situación médica, prefieren un papel activo en la toma de decisiones, se adhieren más a las recomendaciones médicas y manifiestan una mayor morbilidad psicológica frente a las amenazas del cáncer. Los evitativos tienden a negar o disminuir la información amenazante, optan por la distracción, están menos ansiosos y en consecuencia corren riesgo de no adherirse a pruebas de reconocimiento. La estrategia para administrar información en el caso de los aproximados consiste en darles información abundante, de forma no amenazante y que enfatice las posibilidades de control, mientras que en el caso de los evitadores se debe proporcionar información mínima, poniendo énfasis en los costos de no adherirse a las pruebas de reconocimiento, medidas profilácticas o tratamientos. Es especialmente importante ajustar el tipo, la cuantía y el cómo de la información a las características propias del paciente.

En conjunto, el perfil de personalidad altamente vulnerable a este tipo de enfermedad grave como lo es el cáncer, y en particular el cáncer de mama, presenta rasgos significativos tales como hostilidad, pérdida del control emocional, depresión, hipocondría, paranoia, represión de los sentimientos, conformismo e inhibición. Pero, además, dicho perfil interacciona con el sistema inmunológico y neuroendocrino pudiendo hacer al sujeto más endeble y vulnerable ante la enfermedad oncológica. De hecho, un mediador inmunológico "*Natural killer*" (NK) tiende a tener bajos niveles de actividad en sujetos que presentan un determinado equilibrio de la personalidad, así las mujeres con cáncer de mama pueden presentar las siguientes características psicológicas: reacciones emocionalmente pobres, maternidad inhibida, inhibidas, agresividad reprimida y rechazada, conformistas, personalidad depresiva y compulsiva, estructura de carácter masoquista, incapacidad para descargar ira y hostilidad y sexualidad inhibida (Flores,1994).

En especial, este tipo de relaciones se han comprobado en el descenso de niveles de inmonoglobulina A, el desarrollo del cáncer y la supresión o liberación de la ira. En definitiva, parece existir una vía posible de explicación a través del mundo emocional del individuo y su riesgo bilógico (Flores,1994).

De acuerdo con Moreno (2005) estas personas presentan a la vez resultados débiles cuando se les explora su afectividad negativa para las autoevaluaciones y cuando se evalúa su desamparo indirectamente (observaciones, entrevistas) o actitudes defensivas (insinceridad, deseabilidad social). Es un estilo de ser “represor”, que no puede ventilar sus emociones negativas (sobretudo, la hostilidad y la cólera). El control de las emociones aparece bien como un factor de riesgo, bien como de pronóstico de la carcinogénesis.

En una revisión de los estudios previos llevados a cabo hasta la fecha, Bahson (1981 en Moreno, 2005), sintetiza las características psicológicas que los pacientes con cáncer tienen en común, destacando:

1. Dificultades con las descargas emocionales y tienden a ser inhibidos y represivos.
2. Los que presentan un rápido desarrollo de la enfermedad son más defensivos y demasiado controlados que los pacientes con un lento desarrollo de la neoplasia.
3. Recuerdan a sus familiares como no implicados, fríos o no participativos en sus experiencias emocionales tempranas.
4. Utilizan mucho la negación y la represión.
5. Se describen como incapaces, sienten que sus hermanos fueron preferidos y expresan una manera de ser alienada, solitaria y negligente.
6. No es la pérdida y la depresión que solos redundan en cáncer, y sí la combinación de acontecimientos vitales con un particular ego defensivo y estilo de afrontamiento.

A continuación también se enlistan las hipótesis más comúnmente estudiadas en lo que concierne a los factores psicosociales que contribuyen al cáncer de mama, citadas por McKenna (1999 en Moreno, 2005) en un metanálisis de 46 estudios publicados entre 1970 y 1996.

1. Experimentan elevados sentimientos de ansiedad y depresión.
2. Proviene de entornos familiares sin apoyo.
3. Tienen un estilo de personalidad conflictivo - de evitación (son pasivas, no competitivas, tolerantes y armonizan las interacciones personales).
4. Utilizan la negación y la represión como defensas psicológicas.
5. Tienen dificultades para expresar ira o resentimiento (personalidad Tipo C).
6. Pueden ser descritos como extravertidos.
7. Han experimentado un excepcional número de acontecimientos vitales duros y estresantes. La presencia de estrés en una vida en particular puede también agravar o actuar como un catalizador de la influencia de los rasgos de personalidad que están hipotéticamente asociados a la enfermedad.
8. Han sufrido la separación o pérdida de algo/alguien que les es significativo.

Miller (1977 en Flores, 1994) en su trabajo *Psychophysiological aspects of cancer* recoge numerosas referencias clínicas que indican una relación clara entre personalidad, emociones, estrés y neoplasia. Sugiere este autor la influencia de parámetros neuroendocrinos y la acción del hipotálamo sobre las respuestas inmunológicas en el origen y el curso del cáncer. Los efectos psicosociales (estrés social), afectan la actividad hipotálmica desde la percepción cortical, posteriormente también se afectará el sistema nervioso autónomo y, finalmente, la actividad neuroendocrina en general.

Al margen de que cualquier individuo presente una cierta predisposición individual hacia cualquier forma de cáncer, la influencia es mayor en aquellos sujetos sometidos a estrés, en los que los fenómenos socioambientales son

experimentados como amenaza, sobrecarga, fracaso o bien como elementos provocadores de alguna forma de conflicto psíquico.

Otro trabajo retomado por Flores (1994) es el de Stein, et al, quienes en 1976 han demostrado la influencia del cerebro y la conducta sobre el sistema inmunitario sugiriendo que los procesos psicosociales influyen sobre la susceptibilidad de algunas infecciones, así como sobre los procesos neoplásicos

Estos datos vienen apoyan la hipótesis de que los estímulos emocionales crónicos, pueden causar en los individuos especialmente predispuestos un trastorno funcional y más tarde un trastorno orgánico.

## **CAPÍTULO IV. EMOCIONES**

Las emociones son estados subjetivos que las personas experimentan en razón de sus circunstancias, por lo que son personales e involucran sentimientos. Su centro de origen se halla en el sistema límbico, e invariablemente se relacionan con el pensamiento, la personalidad y la conducta (Vecina, 2006).

### **IV.1 Definición**

De acuerdo con Cano-Vindel y Miguel-Tobal (2001), las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva). Además, desde un punto de vista psicológico, emociones tales como la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira son emociones básicas que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas, poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como poderosos motivos de la conducta.

Para Izard (1993), las emociones son fenómenos neuropsicológicos específicos fruto de la selección natural, que organizan y motivan comportamientos fisiológicos y cognitivos que facilitan la adaptación.

De acuerdo con Chóliz (2005) habitualmente se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo (lo que se piensa sobre la emoción, tomando en cuenta vivencias personales); conductual/expresivo (las acciones que se llevan a cabo para responder a lo que la emoción me hace sentir) y fisiológico/adaptativo

(como el organismo reacciona al responder a la emoción presente: sudor, temblores, dolor, etc). Para entender la emoción es conveniente atender a estas tres dimensiones por las que se manifiesta, teniendo en cuenta que, al igual que en el caso de la ansiedad, suele aparecer desincronía entre los tres sistemas de respuesta. Además, cada una de estas dimensiones puede adquirir especial relevancia en una emoción en concreto, en una persona en particular, o ante una situación determinada.

Cualquier proceso psicológico conlleva una experiencia emocional de mayor o menor intensidad y de diferente cualidad. Podemos convenir que la reacción emocional (de diversa cualidad y magnitud) es algo omnipresente a todo proceso psicológico.

#### **IV.2 Teoría de las emociones básicas**

Silvia Tomkins (1962 en Izard, 1963) propone la teoría de las emociones básicas o universales que son aquellas de las que se derivarían el resto de reacciones afectivas. La asunción de la existencia de tales emociones básicas deriva directamente de los planteamientos de Darwin y significaría que se trata de reacciones afectivas innatas, distintas entre ellas, presentes en todos los seres humanos y que se expresan de forma característica. Dichas emociones forman parte de nuestra herencia evolutiva y han evolucionado con nosotros debido a su valor adaptativo.

La teoría de las emociones básicas, o la teoría de las emociones diferenciales, como la denomina Izard (1993), sugiere la existencia de una serie de emociones básicas, fundamentales o primarias, que poseen carácter universal. Las emociones básicas propuestas por Tomkins son: alegría, interés, sorpresa, tristeza, ira, asco, miedo y desprecio.

Según Izard (1993), los requisitos que debe cumplir cualquier emoción para ser considerada como básica son los siguientes:

- Tener un sustrato neural específico y distintivo (respuesta fisiológica)
- Tener una expresión o configuración facial específica y distintiva.
- Poseer sentimientos específicos y distintivos.
- Derivar de procesos biológicos evolutivos.
- Manifestar propiedades motivacionales y organizativas de funciones adaptativas.

Las emociones poseen la capacidad de organizar y mantener conjuntos de pensamientos y acciones. Los individuos difieren en la frecuencia e intensidad con que experimentan emociones concretas. De acuerdo con Izard (1993) una función general y primordial de las emociones y del sistema emocional es la de organizar los rasgos y dimensiones de la personalidad. Puesto que las emociones son motivacionales y organizan la cognición y la acción, no debe sorprender que ocupen una posición central en la personalidad del individuo. Y, puesto que cada emoción influye sobre el pensamiento y la acción de una manera relativamente distinta, emociones específicas contribuirán a moldear los rasgos específicos de cada individuo. Además, como cabría esperar a partir de tales relaciones con los rasgos, existen pruebas sobre la estabilidad de las diferencias individuales en las puntuaciones en emociones discretas a lo largo de un período de tres años.

Las emociones básicas constituyen patrones individuales de conducta expresiva, cada una asociada a un patrón específico de activación fisiológica, a una experiencia cognitiva-subjetiva o sentimiento específico y con un sustrato neuroanatómico específico (Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero & García-López, 2006).

### **IV.3 Clasificación de las emociones**

La teoría tridimensional del sentimiento de Wundt (1896 en Chóliz, 2005), defiende que éstos se pueden analizar en función de tres dimensiones: agrado-

desagrado; tensión-relajación y excitación-calma. Cada una de las emociones puede entenderse como una combinación específica de las dimensiones mencionadas.

A partir del planteamiento de Wundt se han propuesto diferentes dimensiones que caracterizarían las emociones. No obstante, la dimensión más aceptada para clasificar las emociones es en base a si son agradables o desagradables.

Por tanto, la experiencia emocional, lo que se piensa y lo que se siente durante una reacción emocional, se suele clasificar según estos dos ejes o dimensiones (agrado-desagrado). En otras palabras, las emociones suelen provocar sensaciones agradables o desagradables y pueden ser más o menos intensas (Chóliz, 2005).

Aunque es difícil lograr una clasificación exhaustiva de todas las emociones posibles con base en dimensiones independientes, la dimensión agrado-desagrado es exclusiva y característica de las emociones, de forma que todas las reacciones afectivas se comprometen en dicha dimensión en alguna medida. Esta dimensión de placer-displacer sería la característica definitoria de la emoción respecto de cualquier otro proceso psicológico (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

De acuerdo al tema de la presente investigación la atención se centrará en las emociones negativas que de acuerdo con Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009) encierra: miedo-ansiedad, la ira, la tristeza-depresión y el asco son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica.

Las tres primeras son las emociones más estudiadas en relación con el proceso salud-enfermedad. Estas reacciones tienen una función preparatoria para que las personas puedan dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, por

lo que se consideran respuestas eminentemente adaptativas para el individuo. Sin embargo, en ocasiones encontramos que algunas de ellas pueden transformarse en patológicas en algunos individuos, en ciertas situaciones, debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, etc. Cuando tal desajuste acontece y se mantiene un cierto tiempo, puede sobrevenir un trastorno de la salud, tanto mental (trastorno de ansiedad, depresión mayor, ira patológica, etc.) como física (trastornos cardiovasculares, reumatológicos, inmunológicos, etcétera).

Un concepto importante es el de afectividad negativa, que puede ser entendida como un estado emocional transitorio o como una diferencia persistente en el nivel general de afectividad. La afectividad negativa es un rasgo que refleja la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y de situaciones. Este rasgo se solapa con el neuroticismo y la ansiedad, incluyendo sentimientos subjetivos de tensión, preocupación, ansiedad, ira y tristeza.

Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, (2009), describen cada una de las emociones consideradas negativas de la siguiente manera:

- Miedo-ansiedad: Se define como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anularlo o contrarrestarlo mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión). Este mecanismo funciona de forma adaptativa y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes.
- Tristeza: Tradicionalmente se la ha considerado como una de las emociones desagradables, aunque no siempre se puede decir que es negativa. Sobre ella existe gran variabilidad cultural, e incluso algunas culturas no poseen palabras para definirla. No obstante, la tristeza-

depresión, al igual que cualquier otra emoción, tiene una función filogenética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar “energía” para poder hacer frente a posteriores procesos de adaptación.

- Ira: La ira es considerada una emoción negativa por la mayoría de los teóricos de la emoción. Esta emoción puede ser concebida atendiendo a tres tipos de definiciones de la valencia emocional, es decir, las emociones se pueden entender como positivas o negativas en base a: 1) las condiciones que evocan la emoción, 2) las consecuencias adaptativas de la emoción o 3) la experiencia subjetiva de la emoción. Así, en primer lugar, la ira puede verse como negativa debido a las condiciones que evocan la emoción, ya que suele ser evocada por acontecimientos aversivos. En segundo lugar, la ira se puede calificar como positiva o negativa cuando es entendida desde el punto de vista de sus consecuencias adaptativas, dependiendo del resultado de una situación particular. Finalmente, la ira se podría ver como positiva o negativa en función de la sensación subjetiva o evaluación de la emoción, dependiendo de si un individuo siente placer/gusto o displacer/aversión tras la experiencia subjetiva de ira.
- Asco: El asco es una de las reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas son más patentes. La mayoría de las reacciones de asco se generan por condicionamiento interoceptivo. Está relacionado con trastornos del comportamiento, tales como la anorexia y la bulimia, pero puede ser el componente terapéutico principal de los tratamientos basados en condicionamiento aversivo, tales como la técnica de fumar rápido, así como en el tratamiento para reducir las náuseas y vómitos anticipatorios a la quimioterapia. Tiene un papel motivador fundamental ya que induce conductas que implican la necesidad de evitación o alejamiento del estímulo, siendo características las sensaciones desagradables, tales como la náusea, cuando el estímulo es oloroso o gustativo

#### IV.4 Función de las emociones

Siguiendo a Chóliz (2005), otra forma de clasificar las emociones es haciendo referencia a sus funciones propias. Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.

Las funciones principales que cumplen las emociones son: funciones adaptativas, funciones sociales y funciones motivacionales.

- **Funciones Adaptativas:** Una de las funciones más importantes de la emoción es la de preparar al organismo para ejecutar eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizand o la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado. Considerando esta función, Plutchik en 1980 destaca ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique a cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que les corresponde. La correspondencia entre la emoción y su función son las siguientes: miedo-protección; ira-destrucción; alegría-reproducción; tristeza-reintegración; confianza-afiliación; asco-rechazo; anticipación-exploración; sorpresa-exploración. Relacionada con esta función adaptativa se encuentra la evidencia de que bajo ciertas circunstancias (predisposición, recurrencia, intensidad) la activación del sustrato fisiológico de cada emoción puede tener consecuencias sobre la salud de los individuos y en general juegan un papel importante en el bienestar/ malestar psicológico de los individuos, que no deja de ser un indicador del grado de ajuste/ adaptación del individuo.
- **Funciones sociales:** Existen varias funciones sociales de las emociones, como son: a) facilitar la interacción social, b) controlar la conducta de los

demás, c) permitir la comunicación de los estados afectivos y d) promover la conducta prosocial. Por ejemplo, una emoción como la felicidad favorece los vínculos sociales y las relaciones interpersonales, mientras que la ira puede generar respuestas de evitación o de confrontación. Es decir, las emociones juegan un doble papel en su función comunicativa. En primer lugar, la expresión de las emociones podría considerarse como una serie de estímulos discriminativos que indican la realización de determinadas conductas por parte de los demás. Así, en muchos casos la revelación de las experiencias emocionales es saludable y beneficiosa, tanto porque reduce el trabajo fisiológico que supone la inhibición, como por el hecho de que favorece la creación de una red de apoyo social para la persona afectada. Sin embargo, en ocasiones los efectos sobre los demás pueden llegar a ser perjudiciales, hecho éste constatado por la evidencia de que aquéllos que proveen apoyo social al enfermo, como por ejemplo los cuidadores primarios informales, sufren con mayor frecuencia trastornos físicos y mentales. En segundo lugar, la represión de las emociones tiene una función social, por cuanto puede ser socialmente necesaria la inhibición de ciertas reacciones emocionales con capacidad de alterar las relaciones sociales y afectar incluso la propia estructura y funcionamiento de grupos y cualquier otro sistema de organización social.

- **Funciones motivacionales:** La relación entre emoción y motivación es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada. Una conducta "cargada" emocionalmente se realiza de forma más vigorosa. Como hemos comentado, la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así, la cólera facilita las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos, etc. Por otro lado, dirige la conducta, en el sentido que facilita el

acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada. La función motivacional de la emoción sería congruente con lo que se ha mencionado respecto de la existencia de las dos dimensiones principales de la emoción: dimensión de agrado-desagrado e intensidad de la reacción afectiva. La relación entre motivación y emoción no se limitan al hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. Podemos decir que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de ciertas conductas motivadas y no otras.

#### **IV. 5 Impacto de las emociones sobre la salud**

Siguiendo a Cano-Vindel y Miguel-Tobal (2001) se puede afirmar que las emociones influyen sobre la salud-enfermedad a través de su relación con diversos sistemas fisiológicos que forman el proceso “salud-enfermedad”, en especial cuando se convierten en trastornos clínicos, así como por medio de sus propiedades motivacionales para modificar las conductas “saludables” (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y “no saludables” (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo).

Factores como las conductas relacionadas con la salud, nuestros estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento, han demostrado ser de especial relevancia en la historia natural de las enfermedades médicas. Esta afirmación es coherente con la evidencia científica actual que indica que cualquier trastorno denominado físico u orgánico suele implicar igualmente, y a distintos niveles, alteraciones psicológicas, y viceversa. Entre estos factores psicológicos se encuentran el miedo, la tristeza y la ira (enojo) como reacciones emocionales negativas, y sus diferentes formas clínicas: la ansiedad, la depresión y la ira persistente.

Se han propuesto diversas vías para explicar las interrelaciones de los factores emocionales en el proceso de salud-enfermedad, Cano-Vindel y Miguel-Tobal, (2001) plantean las siguientes:

1. Las reacciones desadaptativas de ansiedad, de tristeza-depresión y de ira que alcanzan niveles demasiado intensos o frecuentes, cuando se mantienen en el tiempo, tienden a producir cambios en la conducta, de manera que se incrementa la probabilidad de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud (como las adicciones) y de que olvide los hábitos saludables (ejercicio físico, etc.).

2. Estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos que podrían deteriorar nuestra salud. Las disfunciones fisiológicas consecuentes serían arritmias, aumento crónico de la presión arterial, dispepsias, dermatitis, dolor muscular, etc. Así, los pacientes con arritmias, hipertensión esencial, cefaleas crónicas, o diversos tipos de dermatitis, presentan niveles más altos de ansiedad, ira y activación fisiológica que la población general. Los trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos (como algunos dolores de cabeza o de espalda, ciertas arritmias, los tipos de hipertensión arterial más frecuentes, algunas molestias gástricas, etc.) podrían estar producidos por un exceso en la intensidad y frecuencia de la activación de las respuestas fisiológicas del sistema que sufre la lesión o disfunción (cardiovascular, respiratorio, etc.). Se trataría de una disfunción de un sistema orgánico que está trabajando en exceso y mantiene esta actividad demasiado tiempo. A su vez, el trastorno produce más ansiedad y, por lo tanto, aumento de la actividad de ese sistema, elevando así la probabilidad de desarrollar y mantener un mayor grado de disfunción orgánica.

3. Esta alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunodepresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico, o bien la supresión o control de

estas emociones puede acarrear altos niveles de activación fisiológica y un cierto grado de inmunosupresión.

#### **IV.6 Estado de ánimo del paciente oncológico**

Según Fernández, et al. (2011) el estado de ánimo del paciente oncológico se ha relacionado con la presencia de síntomas, en particular, cansancio, dificultades para dormir y dolor y con cambios importantes en la rutina cotidiana. Los ámbitos en los que un mayor número de sujetos indican cambios debidos a la enfermedad y/o el tratamiento son los relativos a la actividad laboral y de ocio. En particular, los cambios en las relaciones con los amigos y en las actividades de ocio parecen relacionarse con una mayor presencia de síntomas, estado de ánimo deprimido y valoraciones más negativas del paciente sobre su calidad de vida.

Al concluir el tratamiento se observa una recuperación paulatina de la mayoría de las actividades cotidianas, aunque es siempre menor entre los pacientes con un estado depresivo más acentuado. El apoyo material y social que dispensan allegados, sanitarios u otros enfermos al paciente oncológico es una condición relacionada directamente con un adecuado afrontamiento de la enfermedad y calidad de vida.

Pero también familiares y sanitarios, con el propósito de que el enfermo concentre todas sus energías en el “cuidado de la enfermedad”, pueden facilitar que delegue decisiones y abandone actividades y responsabilidades de la vida cotidiana, más allá de lo que justificaría su estado físico. Estas reglas de funcionamiento del contexto social y sanitario pueden explicar, en buena medida, la progresiva inhibición comportamental del paciente oncológico. Como consecuencia, las posibilidades de mantener las situaciones gratificantes y condiciones valiosas de lo que, hasta entonces, era la vida de la persona se ven comprometidas. Todo ello, unido al incremento de situaciones aversivas de la propia enfermedad y tratamiento, podría fácilmente ponerse en relación con el mantenimiento de conductas depresivas.

#### **IV.7 Factores emocionales y cáncer**

De acuerdo con Miralles, Otin y Rojo (2003), los enfermos oncológicos sufren reacciones psicológicas negativas ante la enfermedad de cáncer, tales como ansiedad, depresión, ira e incluso asco “patológico”. Así, el impacto del diagnóstico producirá variadas reacciones psicológicas en el paciente en función de cómo es percibido. Por ejemplo, si para el afectado el diagnóstico significa amenaza para la propia vida, reaccionará con ansiedad; si representa pérdida de control sobre sí, experimentará depresión; y si lo percibe como una agresión y una injusticia, reaccionará con rabia.

Además, los tratamientos mediante agentes quimioterapéuticos producen náuseas y vómitos no sólo por afectación neurológica sino también horas antes del tratamiento o ante situaciones, objetos o lugares que les recuerdan la situación, todo lo cual tiene bastante que ver con las sensaciones de asco. Se trata de un condicionamiento clásico a los efectos asociados al tratamiento químico que el enfermo generaliza.

A medida que se acerca el día del tratamiento o recibe ciertos estímulos (situacionales, visuales, olfatorios, etc.) se desencadenan estas conductas de manera irresistible. Su prevalencia oscila, según los estudios, entre el 18%-65%. En el 65% de los enfermos las náuseas y vómitos anticipatorios persisten a los seis meses. Pero también la relación entre el asco y el cáncer ha sido investigada en otros dos sentidos. Por una parte, se ha postulado el papel del asco en el diagnóstico precoz del cáncer de páncreas y del cáncer de pulmón.

Por otra parte, se ha investigado hasta qué punto el origen de la fobia a la sangre/inyecciones, que tiene claros vínculos con el asco, se explica por la experiencia traumática con la quimioterapia o bien con otras variables. Estas manifestaciones psicológicas se encuentran asociadas a la gravedad de la neoplasia e influyen claramente en la respuesta a la enfermedad y en las

expectativas de vida. Así, existen varias hipótesis que intentan explicar la influencia de los factores psicológicos en el comienzo y la progresión del cáncer, que van desde su influencia en la función inmunitaria, pasando por su influjo sobre hábitos como el tabaco y el alcohol, hasta el peso que estos factores psíquicos ejercen sobre el paciente para decidir el momento de solicitar atención médica (Miralles, Otin & Rojo, 2003).

Por ejemplo, se ha estudiado el grado de expresividad/represión emocional del enfermo oncológico, así como el posible efecto de estas variables sobre su pronóstico. En este sentido, se ha descrito el patrón conductual tipo C (en contraste con el tipo A descrito en cardiología) que caracteriza al paciente cooperador y no autoritario, que suprime sus emociones negativas, particularmente la ira, y que acepta y sigue las instrucciones de las autoridades externas.

Estudios psiconeuroinmunológicos han analizado la influencia del estrés, la ansiedad y la depresión como factores de riesgo etiológicos en el crecimiento de la neoplasia, no existiendo en la actualidad consenso acerca de su papel de variable desencadenante pero sí como variable moderadora que influye en la velocidad del proceso cancerígeno.

También la relación específica entre depresión y cáncer se ha estudiado desde varias perspectivas. Aunque no se ha demostrado una asociación clara entre los factores psicológicos y el comienzo, exacerbación o la evolución de la enfermedad neoplásica, estudios más recientes con mayor solidez metodológica han sugerido que la progresión del cáncer, y no su inicio, puede verse influida en mayor medida por factores psicosociales (Miralles, Otin & Rojo, 2003). Además, desde la psiconeuroinmunología se señala que cada vez hay más evidencias sobre la influencia de los eventos estresantes y las emociones negativas en el sistema inmunológico, y a través de éste, en dicha enfermedad.

Las personas que padecen cáncer se ven invadidas por miedos diversos, temen la dependencia de los otros que genera el deterioro físico, con la pérdida de autonomía y de privacidad que ello representa. Temen la posibilidad de verse desfigurados, consumidos, transformados en otro desvitalizado e irreconocible; temen al abandono por parte de los seres queridos, se espantan frente a la posibilidad de ser una carga emocional y afectiva que culmine en que las personas amadas deseen que mueran de una vez por todas (Vidal y Benito, 2008).

Finalmente, el miedo a morir y la impotencia de no poder impedirlo es el temor mayor; el que subyace a los otros y el último en ser enfrentado.

Por lo anterior, el cáncer como enfermedad plantea dos problemas psicológicos fundamentales:

1. La adaptación del hombre a una enfermedad grave y a menudo mortal.
2. El hecho de que se trata de un padecimiento mítico, en el sentido de que no nos atrevemos a hablar directamente de ella al paciente.

Por lo que en términos generales, la enfermedad se puede definir como la condición anormal dentro del cuerpo que afecta a una o varias funciones de uno o más órganos. La aparición de cualquier enfermedad provoca una serie de reacciones emocionales, las cuales no son necesariamente anormales, sino que son parte de los mecanismos de defensa del yo y tienen como objetivo principal el de mantener la homeostasis. La magnitud de las reacciones emocionales puede ser muy variable y depender del tipo de personalidad de cada individuo (Holland y Lewis, 2003).

Los estados psicológicos más comunes con los que un paciente puede reaccionar ante una enfermedad o tratamiento quirúrgico son por lo general: ansiedad, negación, depresión, regresión y enojo (Holland y Lewis, 2003).

Todo paciente con sintomatología de cáncer suele presentar una serie de reacciones emocionales que son consideradas como “normales”, pero que podrían

interpretarse como patológicas si no son conocidas a priori. Desde el momento en que el paciente identifica sus síntomas con el cáncer, éste se empieza a hacer varias conjeturas, por lo que existen reacciones emocionales en el paciente durante el período de estudios de diagnóstico que están caracterizadas por una mezcla de ansiedad y esperanza (Vidal & Benito, 2008).

Cruzado (2010) plantea que el malestar es la experiencia emocional aversiva que impacta el funcionamiento cognitivo, conductual, social, emocional y espiritual de los pacientes con cáncer.

Para Torres (2006) la conducta puede tener repercusiones sobre la salud a través de varios caminos: Unas veces, atenta contra la homeostasis orgánica de una manera directa, alterando el aporte energético y el equilibrio metabólico (como en el caso de la inactividad o los trastornos de la conducta alimentaria), o incorporando al organismo sustancias extrañas a la bioquímica corporal (como en el caso de la conducta de fumar, beber alcohol o consumir tóxicos de acción psicotrópica). Otras veces, la conducta constituye un factor de riesgo para la integridad física (como en el caso de las conductas violentas e imprudentes) o sirve de vehículo para la transmisión de enfermedades infecciosas (como en el caso de las conductas sexuales sin precaución). Por último, la conducta también puede formar parte de estilos de interacción psicobiológicamente indeseables por sus demostrados efectos insalubres.

La enfermedad oncológica, como se observa en los datos presentados inicialmente, es una de las enfermedades crónicas que actualmente se encuentra dentro de las principales causas de mortalidad. Las diferentes investigaciones psicosociales en este campo han mostrado hallazgos contundentes con respecto a la mediación de variables psicológicas sobre la evolución de la enfermedad, con mayor fuerza para los casos en los cuales se trata de tipos de cáncer hormonodependientes.

La idea de que el cáncer puede estar relacionado con factores emocionales se ubica desde los tiempos de Galeno, quien en su tratado sobre los tumores indicaba que las mujeres melancólicas, que presumiblemente tenían demasiada bilis negra, eran mucho más susceptibles al cáncer que cualquier otro tipo de mujeres (Flores,1994).

En el año 1701, el médico inglés Genfron puso de relieve el efecto de los “desastres de la vida como motivo de mucha perturbación y pena”, como causantes del cáncer. Burrows posteriormente atribuyó la enfermedad a las desasosegadas pasiones de la mente, con las que el paciente se ve fuertemente afectado durante largo tiempo (Flores, 1994).

Estas observaciones clínicas indican que los factores emocionales con fuerte impacto psíquico parecen estar presentes en el desencadenamiento de esta enfermedad. Nunn (1822 en Flores, 1994) destacó la importancia de los factores emocionales en el cáncer de mama y, de igual manera, Stern observó que el cáncer de cuello de útero en las mujeres era mucho más común en personas “frustradas” y “sensitivas”.

A partir del siglo XX, tales conceptos fueron abandonados y sustituidos por la investigación de agentes agresivos externos. Así, se conoce la existencia de un gran número de carcinógenos en el aire que respiramos y en los alimentos que ingerimos. Existe además, la implantación de una causa desde afuera. El descubrimiento de Leeuwenhoek del microscopio y de los microorganismos, la identificación subsiguiente de los microbios por Pasteur y las conclusiones de Koch, confirmaron las relaciones causales directas entre las bacterias y las enfermedades. El éxito de las vacunas y también de los antibióticos, el descubrimiento de las vitaminas y de otros nutrientes potenció la idea de que algún tipo de agresión externa era responsable de esta gravísima enfermedad (Flores, 1994).

Platón señaló en uno de sus diálogos: Hipócrates, Asclepio dice que “La naturaleza del cuerpo humano puede ser entendida solamente como un todo; y este es el gran error de nuestros días en el tratamiento del cuerpo humano, que los médicos separan las almas de los cuerpos”. Posteriormente, Virgilio definió la buena salud como “*mens sana in corpore sano*” (Flores, 1994).

Dichas observaciones tienen una valoración en cuanto a posibilidades u oportunidades de comunicarse y estar con los enfermos. Aquellos médicos se apoyaban fundamentalmente en el conocimiento de la persona, de su familia y de sus hábitos personales; existía, por lo tanto, una atención más personalizada e individualizada. Por ello los médicos podían captar cómo los estados anímicos y emocionales repercutían indefectiblemente en el proceso de la enfermedad cancerígena (Flores, 1994).

Otros autores como Evans (1920 en Flores, 1994), discípulo de Jung, manifestó que muchos enfermos de cáncer habían perdido una estrecha relación emocional antes del comienzo de la grave enfermedad. Posteriormente numerosos autores se interesaron por la repercusión de la pérdida de los seres más queridos en las estructuras psicofisiológicas de los individuos. Así, por ejemplo, Kissen (1966 en Flores, 1994) subrayó el papel especial que suponía la incapacidad de expresar emociones genuinas o expresar sus interioridades psíquicas.

Flores (1994) retomó los trabajos científicos realizados en la Universidad de Rochester por Schamale e Iker los cuales pusieron de manifiesto que el cáncer podía ser predicho en función de los resultados de un cuestionario de personalidad. En este sentido comprobaron que una personalidad especialmente predispuesta se caracterizaba por una tendencia al abatimiento, al desvalimiento, etc. En este tipo de personas se había detectado algún tipo de conflicto emocional crónico más bien insoluble, particularmente en los últimos seis meses anteriores a la aparición de la enfermedad. Así pues, parece ser que la frustración sistemática

conlleva un estado psicofisiológico ideal como “caldo de cultivo” para el curso de la enfermedad

Flores también retoma a Greene (1962) y a LeShan (1977), el primero de la Universidad de Rochester, también pudo comprobar que estas enfermedades se presentaban más a menudo en un ambiente de pérdida emocional o separación, que producía profundos sentimientos de ansiedad, enfado, tristeza o desesperanza. LeShan sugirió que entre los factores psicológicos más importantes presentes en las personas que desarrollaban tumores malignos se encontraban los siguientes: desesperanza, desamparo, incapacidad por parte del individuo para expresar ira o resentimiento, una marcada cantidad de autoaversión y desconfianza y la pérdida de una relación emocional importante.

Es innegable que cada sujeto responde de manera única e individual a un mismo estímulo, sin embargo, alrededor del cáncer existe una representación social entendida como el significado que hace la sociedad de la enfermedad, en la cual se encuentran inmersas las creencias de la mujer sobre el evento específico, en este caso sobre el cáncer. Estas creencias inciden en la interpretación individual del evento mórbido, el cual es comúnmente evaluado como una condición que amenaza la integridad física, así como a la vida misma.

Almanza y Holland (2000) relaciona la presencia del cáncer como un evento catastrófico, asociado con la idea de muerte, incapacidad, desfiguración física, dependencia y disrupción de la relación con otros. Aun cuando las condiciones físicas reales de la enfermedad ubiquen a la mujer en una situación favorable para la recuperación de la salud física, es difícil luchar contra la representación emocional que la paciente hace al respecto y a partir de la cual se manejará durante el evento.

Bárez, Blasco y Fernández (2003) señalan que recibir un diagnóstico de cáncer y pasar por un tratamiento del mismo, supone un hecho estresante que sobrepasa en numerosas ocasiones a las personas que lo padecen y a su familia,

reconociendo la importancia y trascendencia de la alteración emocional secundaria.

Es importante destacar que el impacto emocional por el que curse la paciente puede interferir con el o los tratamientos médicos propuestos y que además, la mujer ha de conceptualizar su enfermedad por las experiencias previas que tenga con el cáncer y no sólo por el diagnóstico médico.

Hablando específicamente del cáncer de mama, hay que destacar el estudio realizado por Derogatis et al. (1979 en Flores, 1994) llevado a cabo en el Johns Hopkins con pacientes terminales. Pues bien, las mujeres más combatientes psíquicamente sobrevivieron más tiempo que aquellas que eran confiadas y complacientes. Hallazgos similares fueron comunicados en un estudio de *King's College* de Londres con 160 mujeres asintomáticas ingresadas para biopsia de tumor de mama. En este estudio se puso de manifiesto que la supresión de la cólera extremada tenía una correlación estadísticamente significativa con el diagnóstico de cáncer de mama, dicha correlación era más intensa en los grupos de mujeres de menos de 50 años de edad. Así mismo, la supresión de la cólera también se correlacionaba positivamente con niveles alterados de inmonoglobulina A y el grado de metástasis un año después de haber sido operadas.

Vidal y Benito, (2008) plantean que existe una relación entre la represión del afecto y el desarrollo de la enfermedad oncológica mamaria.

En un trabajo con 222 mujeres a las que se siguió durante 5 años, Burgues y cols. en el 2005 mostraron como casi el 50% de las mujeres con cáncer de mama tenían depresión, ansiedad o ambas en el año tras el diagnóstico, el 25% en el segundo, tercer y cuarto año tras el diagnóstico y un 15% en el quinto año. El 45% de las mujeres que tuvieron recaídas experimentaron depresión, ansiedad o ambas en los 3 meses siguientes al diagnóstico de la recaída. Los trastornos de ansiedad y depresión estaban asociados a trastornos psicológicos previos,

carecía de apoyo social, ser más joven y haber sufrido acontecimientos estresantes previos.

En una revisión realizada por Fox en 1983 se llegó a la conclusión de que lo más probable era que los llamados factores psicológicos o psicosociales influyeran en el curso del cáncer más que en su aparición. La influencia de los factores psicosociales en el pronóstico de un cáncer ya establecido es más fácil de estudiar, porque la progresión de la enfermedad también es más fácil de medir

Autores como Worden y Weisman (1975) están convencidos de que el auténtico problema reside en la falta de diagnóstico precoz y en el retraso al comunicar los síntomas (Flores,1994).

En relación con el impacto del diagnóstico, una vez que la mujer es consciente de su grave enfermedad, una vez que ha percibido la enfermedad y sus posibles consecuencias, incluyendo el dolor y la muerte, así como las posibles desfiguraciones y /o amputaciones radicales (mastectomía radical) se produce la depresión. Frecuentemente la mujer se hunde en una grave depresión con una tríada de síntomas fundamentales: visión negativa de sí misma, visión negativa del futuro y también visión negativa del ambiente; se produce, así mismo, una ruptura de la autoestima individual, porque la enfermedad radica precisamente en el símbolo de la femineidad, de la sexualidad, de su propio yo, de su propia existencia. Surge, por lo tanto, una crisis de angustia muy intensa que se traduce finalmente en una crisis existencial, de tal suerte que en ocasiones la mujer afectada realiza la siguiente sentencia (generalmente en voz baja): así no merece la pena vivir, no quiero seguir adelante o dejarme acabar ya (Flores,1994).

Mientras que el diagnóstico puede no ser un acontecimiento biológicamente significativo, puede ser psicológicamente crítico, de tal suerte que la personalidad de la mujer afectada puede quedar dominada por un estado negativo, con tendencia a la desesperanza e indefensión y, finalmente, con grave repercusión en la disminución de la autoestima personal (Flores,1994).

Desde el momento en el que se produce la sospecha, hasta que se realiza realmente el diagnóstico, la persona consciente de las consecuencias de un diagnóstico positivo estará indudablemente sujeta a mucha ansiedad. En realidad, una intensa ansiedad (intranquilidad, desasosiego, malestar físico, tensión psíquica, irritabilidad o neuroticismo) junto con preocupaciones suicidas, han sido descritas por Laxenaire et al. (1971 en Flores,1994), como una respuesta común a un diagnóstico positivo de cáncer.

Después de un primer momento o estadio de rechazo de la enfermedad (negación), con fuertes dosis de ansiedad y conductas manifiestas de agitación (llorar desconsoladamente, enojo e impulsividad), la mujer se sumerge en una profunda inhibición, es decir, en un estado anímico caracterizado por los sentimientos de pérdida y las vivencias depresivas, como consecuencia de agresiones a su integridad corporal y, sobre todo, a su femineidad, estética y belleza corporal (Flores,1994).

La depresión y el neuroticismo, así como el nivel de actuación, parecen relacionarse con los índices de supervivencia. La pérdida del control emocional puede ser un factor de mal pronóstico; la más alta frecuencia de complicaciones potoperatorias se da en las pacientes que pierden el control de su yo y se entregan a ese estado de desesperación; ello se correlaciona también con altos niveles de catecolaminas en la orina y de corticosteroides en el plasma, lo que puede aumentar la vulnerabilidad de la mujer a esta enfermedad (Flores,1994).

## **CAPÍTULO V. ENOJO**

### **V.1 Definición**

De acuerdo con Lazarus (1991) la palabra enojo hace referencia tanto a una condición interna o estado impulsivo que conduce a la conducta agresiva y a la acción; y algunas veces a una experiencia emocional de sentimientos particulares. En el discurso cotidiano se refiere a respuestas motoras y reacciones psicológicas concretas e incluso a asaltos abiertos físicos y/o verbales.

Existen muchas palabras para referirse al enojo, algunas de ellas son enfado, rabia, furia, ira, fiereza y odio. Hay otras palabras que definen diferentes tipos de enojo y sus provocaciones como indignación, afrenta y asombro; que expresan la sensación de que se tiene la razón.

El enojo no persigue necesariamente una meta concreta y sólo se refiere a un conjunto en particular de sentimientos que surgen en gran parte de reacciones psicológicas internas y de las expresiones emocionales involuntarias producidas por la aparición de un acontecimiento desagradable; tales como las reacciones motoras (puños apretados), cambios faciales (dilatación de las fosas nasales y ceño fruncido) y otros, pero probablemente también están afectados por los pensamientos y recuerdos que se producen en ese momento; estos factores sensoriales se combinan en la mente de la persona para formar la experiencia de enojo. El enojo es una emoción universal, es decir que todo ser humano presenta esta emoción desde edades muy tempranas Izard (1993).

Para Novaco (1978 en Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009) el enojo es una emoción negativa, subjetivamente experimentada como un estado de antagonismo hacia alguien o algo, percibido como la causa de un evento aversivo. Refiere que el enojo está determinado por eventos externos, procesos internos y reacciones conductuales, es decir, el enojo puede ser visto como una reacción afectiva ante eventos aversivos que son evaluados o interpretados como

provocaciones, la conducta que implementará será de acuerdo a esos eventos y esto va acompañado de activación fisiológica

Florenzano (2006) menciona que la ira es un estado de malestar que puede ir desde una intensidad equivalente a la irritación suave, hasta la denominada cólera intensa. Se da en respuesta a un mal percibido que amenaza el bienestar de uno mismo o de los seres significativos o con los que el individuo se identifica. No obstante, existe un gran acuerdo acerca de la variabilidad intra e interindividual en el nivel de intensidad emocional y activación fisiológica que se experimenta al enfadarse

Para Lazarus (1991) el enojo es una emoción negativa debido al daño que se puede dar entre en la relación entre la persona y el ambiente.

Estos autores consideran al enojo como una emoción negativa debido al malestar experimentado por la experiencia subjetiva, las consecuencias y la percepción social.

Considerando las distintas definiciones, se observa que van acompañadas de los diferentes componentes que constituyen la emoción.

A partir de esta propuesta Deffenbacher (1999 en Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009) define el enojo como un estado interno que abarca cuatro dominios relacionados:

a) Emocional: Donde el enojo es experimentado como un estado emocional que varía en intensidad, desde una leve molestia hasta una gran furia.

b) Excitación fisiológica: Que se acompaña de liberación de adrenalina, aumento de tensión muscular, activación del sistema nervioso simpático y otros elementos relacionados con la respuesta de “ataque-huida”.

c) Procesos cognitivos: Implica un procesamiento de información que incluye pensamientos, imágenes y atribuciones que implican percepción de ataque o culpa por parte de los otros.

d) Conductas que pueden ser funcionales (afirmaciones, establecimiento de límites, etc.) y disfuncionales (agresión física y verbal, retraimiento, consumo excesivo de alcohol, etc.).

Todos estos dominios ocurren al mismo tiempo y actúan entre sí de manera que a menudo se experimentan como un solo fenómeno.

Lazarus (1991) indica que así como en otras emociones es básico para el enojo el significado personal que se le atribuye a los hechos, puesto que de ello depende el control y manejo de la emoción, es decir, en el caso del enojo su control o incremento depende de la persona que lo experimenta. Las cogniciones (pensamientos, atribuciones y recuerdos) pueden operar después de que se hayan producido las reacciones emocionales iniciales y pueden influir sustancialmente sobre los siguientes cambios corporales, respuestas motoras y experiencia emocional.

De acuerdo con (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009) en la actualidad existe consenso acerca de que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de las enfermedades médicas. Factores como las conductas relacionadas con la salud, nuestros estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento, han demostrado ser de especial relevancia en este sentido. Esta afirmación es coherente con la evidencia científica actual que indica que cualquier trastorno denominado físico u orgánico suele implicar igualmente, y a distintos niveles, alteraciones psicológicas, y viceversa. Entre estos factores psicológicos se encuentran el miedo, la tristeza y la ira como reacciones emocionales negativas, y sus diferentes formas clínicas: la ansiedad, la depresión y la ira persistente. En tal sentido, tradicionalmente las teorías del estrés psicosocial se han centrado más en las emociones negativas como la ira, el temor, la ansiedad, la vergüenza, la culpabilidad, la tristeza, la envidia, los celos y el asco, que en las positivas.

De acuerdo con Spielberger (1991) los resultados de numerosas investigaciones sugieren que el enojo y la hostilidad, contribuyen a la patogénesis de varios desórdenes médicos, incluyendo hipertensión, enfermedades coronarias y cáncer. También, se han realizado una gran cantidad de trabajos que muestran la influencia del enojo sobre la presión sanguínea y la reactividad cardiovascular. Respecto de la experiencia del enojo, se encontró que mientras los pacientes recordaban episodios que los hacían sentirse enojados, la eficacia del bombeo de su corazón descendía un 5 %. Algunos de los sujetos revelaron una disminución del 7 % o más en la eficacia del bombeo, una escala que los cardiólogos consideran señal de isquemia miocárdica (un peligroso descenso del flujo sanguíneo al corazón mismo). La disminución del bombeo no se observó con otros sentimientos perturbadores como la ansiedad.

Por su parte, Williams (1989 en Spielberger, 1991) encontró en un estudio longitudinal realizado a médicos que, quienes habían obtenido puntajes elevados en test de enojo, tenían siete veces más probabilidades de haber muerto a los 50 años, que aquellos que tenían bajos puntajes. El nivel de enojo era un pronosticador más común y confiable que otros factores de riesgo, tales como: el hábito de fumar, la presión sanguínea elevada o alto nivel de colesterol. Respecto de la expresión del enojo,

Es importante aclarar que los estudios mencionados en los párrafos previos, no indican que el enojo por sí mismo provoque una enfermedad coronaria, sino que muestran que es un importante factor de riesgo (junto a otros, tales como: obesidad, sedentarismo, tabaquismo, etc).

De acuerdo con Spielberger (1991), el enojo cuenta con dos dimensiones: Estado y Rasgo, y posee tres direcciones: expresión, supresión y control del enojo.

El estado de enojo es definido por Spielberger como una emoción en un momento particular, caracterizada por sentimientos subjetivos que varían en intensidad,

desde una molestia o irritación hasta furia o rabia intensa. Esta emoción, va acompañada generalmente de tensión muscular y activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA).

El rasgo de enojo se define como la disposición a percibir una amplia gama de situaciones como molestas o frustrantes, y a experimentar un aumento en el estado de enojo.

Este autor distingue tres direcciones de la expresión del enojo, a las cuales denomina: enojo hacia afuera, enojo hacia adentro y control de enojo. El enojo hacia afuera es la expresión de esta emoción hacia otras personas u objetos del entorno (dar portazos, insultar, gritar, golpear objetos o personas, etc.). Se lo considera una forma inadecuada de expresar el enojo. El enojo hacia adentro es la supresión de los sentimientos de enojo (guardarse los pensamientos relacionados con la situación que provocó enojo, sentirse furioso pero no manifestarlo, etc.). Esta dirección que toman dichos sentimientos también se la considera inadecuada. El enojo hacia afuera, puede ser expresado a través de insultos, amenazas verbales, cinismo, destrozando objetos, dando portazos, criticando, etc. Tanto las manifestaciones físicas como verbales, pueden ser expresadas directamente hacia la fuente provocadora del enojo o indirectamente hacia sujetos u objetos asociados a, y por ello siendo un símbolo de, el agente provocador. Generalmente, elevado enojo hacia afuera implica experimentar intensos estado de enojo y comportamientos agresivos.

Y el Control del enojo es el intento de manejar o dominar la expresión del mismo. Muchas veces se confunde “control” con “supresión” del enojo. En este punto es importante tener en cuenta que controlar el enojo implica poder expresarlo adecuadamente (tener paciencia con los demás, ser tolerante y comprensivo, manejar los sentimientos de enojo al intercambiar puntos de vistas con otros sujetos, etc.).

La ira o enojo a menudo es un componente de otros trastornos emocionales, como los de ansiedad y los afectivos. Es más, en muchas ocasiones el tratamiento exitoso de estas condiciones reduce o mejora el control de la ira persistente. Desafortunadamente, como fenómeno clínico la ira persistente no es tan bien conocida como otros constructos psiquiátricos. La ausencia de una categoría diagnóstica oficial ha obstaculizado el progreso en esta área, haciendo difícil llegar a estimaciones fiables sobre los índices de prevalencia de este problema. La evidencia empírica disponible, aunque limitada, sugiere que es legítima la existencia de un trastorno de ira por sí mismo, sin la necesidad de otros diagnósticos psiquiátricos asociados, y que los problemas de ira están frecuentemente asociados con otros trastornos del comportamiento, o sociales como dificultades en la escuela o en el trabajo, uso de alcohol y otras drogas, dificultades financieras y baja autoestima. Igualmente, la evidencia indica que la ira se puede asociar también a trastornos psiquiátricos específicos. Los estudios psiquiátricos de comorbilidad encuentran cierta confusión entre trastornos de ansiedad, conflictos depresivos y problemas de ira: un paciente que experimenta cualquiera de estas alteraciones corre el riesgo aumentado de experimentar los otros (Lazarus, 1991).

El ser humano está preparado para desarrollar reacciones emocionales intensas, e incluso para repetirlas cuando sea necesario, sin que ello suponga un problema, pero a mediano plazo se pueden agotar nuestros recursos físicos, comportamentales, sociales o materiales, o alterarse algunas funciones asociadas a las reacciones emocionales, o en definitiva surgir algún problema asociado a las emociones. Lejos de la opinión mantenida por la investigación psicosomática en sus inicios respecto del carácter causal de las emociones en las enfermedades, en la actualidad se admite que los factores psicológicos pueden ser causa necesaria pero no suficiente para la aparición de determinados trastornos. Se señala la multicausalidad y la interrelación entre los diversos factores causales como la explicación etiológica más plausible (Lazarus, 1991).

Esta multicausalidad, centrada en considerar simultáneamente los factores genéticos, ambientales, psicofisiológicos, y principalmente el peso de la interacción como elemento de predisposición del individuo a padecer una determinada enfermedad, es el gran mérito de la investigación psicológica actual en este campo (Lazarus, 1991).

## **V.2 Enojo y cáncer**

El paciente al oír el diagnóstico de cáncer inmediatamente responde con sorpresa y al principio no lo cree cierto. Después, el paciente temporalmente sufre de enojo, presenta un ánimo deprimido, pierde el apetito y padece de insomnio.

Cuando percibe su enfermedad como grave, se cuestiona y replantea su existencia en donde se manifiestan sus valores y creencias. Lo que determinará su conducta ante la situación, no es el padecimiento en sí misma, sino cómo lo está enfrentando.

Para Meza-Rodríguez (2007) el cáncer de mama constituye un ente patológico que exhibe repercusiones a todos los niveles (físico, psicológico y social), por lo que el abordaje electivo debe ser multidisciplinario. Por otro lado, se menciona que los cambios psicológicos que aparecen desde el inicio de la enfermedad, son fuente de gran confusión en la paciente y consisten en la generación de miedo, ansiedad y enojo. Éstos, a su vez, involucran cambios en los patrones de vida común malestar físico, ruptura marital y disminución de la actividad sexual. Por lo tanto, el efecto psicológico en la paciente es innegable, dado que las exigencias de la enfermedad que por sí mismas obligan a la mujer a un replanteamiento de su vida y de sus expectativas, lo que provoca que la paciente curse por diversas etapas y por una gama interminable de respuestas emocionales.

El diagnóstico de cáncer puede alterar y asustar a cualquiera, el miedo que genera, produce alteración emocional, aunado a ello, los posibles efectos de los tratamientos sugeridos, generan un desequilibrio emocional, reconociendo

francamente la asociación de la enfermedad con una alteración en las emociones que requiere manejo conjunto a favor de la atención integral del padecimiento. Aunado a lo anterior, la importancia de definir y reconocer las respuestas psicológicas esperadas ante la enfermedad, así como su magnitud, radica en que su conocimiento nos ubica en la posibilidad de identificar a aquellas pacientes que requieren de una evaluación más fina, lo que su vez permite tomar la decisión de que sean canalizadas a una atención especializada para que dispongan de apoyo psicológico adicional.

Kubler-Ross (2006) propone que ante la pérdida de la salud, se pasa por un duelo que etimológicamente (en el origen de la palabra) significa “dolor”. Es un proceso natural que la mente realiza desde que dicha pérdida se prevé y que concluye cuando uno se puede reintegrar a su vida cotidiana, asumiendo que lo perdido ya no está y que sólo está en el recuerdo. Aunque a este proceso se le suele relacionar con la pérdida de personas queridas, también puede ser una reacción ante la pérdida de la salud.

De acuerdo a lo anterior una de las etapas por las que se pasa al atravesar por un duelo es la Ira, la cual se refiere a que una vez superada la negación, el enojo es una reacción normal ante la situación que no se puede controlar y que da una sensación de vulnerabilidad. El enojo será desplazado y tal vez se proyectará hacia los familiares o bien, al equipo médico. Es importante que todas las personas cercanas, conozcan y se preparen para recibir hostilidades y agresiones que vienen con esta etapa.

Así, se ha encontrado que este tipo de reacciones emocionales carecen de especificidad y lo mismo puede presentarse en pacientes antes de morir. Es importante el reconocer la falta de especificidad de estas reacciones emocionales, así como su aspecto transitorio, los cuales forman parte de una respuesta normal ante una profunda pena o dolor que se siente cuando se enfrentan a una posible pérdida.

En un alto porcentaje de pacientes con cáncer existen sentimientos de culpa e inferioridad. Estos pacientes se han avergonzado de sufrir esta enfermedad, sintiéndose ellos mismos responsables por padecer cáncer. El miedo a la muerte les despierta sentimientos de soledad, de separación de sus familiares más queridos, pérdida del trabajo, abandono de los estudios, alejamiento de los amigos y un sentimiento de pérdida de la imagen corporal.

Estas reacciones emocionales que se presentan en pacientes con cáncer son de tipo agudo y tienden a desaparecer en cuanto el paciente llega a adaptarse a saber que tiene cáncer, o una vez que se les ofrece un plan de tratamiento en el cual ellos pueden cifrar sus esperanzas de cura (Kubler-Ross, 2006).

Es claro que los factores emocionales juegan un rol potencial. La influencia de factores psicológicos en la ocurrencia y el curso del cáncer son evidentes, pero no se le da la importancia debida abiertamente con anterioridad al diagnóstico de la enfermedad. Los pacientes con cáncer tienden a caer en depresión y muestran características tales como independencia y poca demanda, no son agresivos y muestran patrones de autosacrificio, paciencia y sentimientos de esperanza y ayuda, ello para evitar la soledad de la que antes mencionada (Holland & Lewis, 2003).

Lo anterior deja en claro que el cáncer genera diversos cambios a nivel personal, familiar, escolar y social. Ante dicha situación, la psicooncología, especialidad nueva en psicología, ofrece soporte a los pacientes afectados de cáncer, a los familiares y profesionales de la salud, ayudando a manejar los cambios que se generan a lo largo de la enfermedad (Malca, 2005).

El cáncer de mama está asociado con el miedo a graves e inevitables dolores, con desfiguraciones e incapacidad, y con rechazo social, e incluso censura moral. No es sorprendente que aquellas mujeres que sospechan que tienen cáncer de

mama tengan grandes dificultades en manejar dicha situación, particularmente amenazante, y de hacer uso de todos los recursos médicos disponibles. Dentro de las respuestas inadaptativas que aparecen en la mujer con cáncer de mama se encuentran: depresión, enojo, desesperación, inhibición, adinamia, anhedonia o anergia. Dichas conductas inhibirán una conducta participativa y colaboradora en todo el proceso terapéutico (Flores, 1994).

Además, el enojo también se hace presente con las características del Tipo C de personalidad, propuesto como el vulnerable para cáncer, en donde el paciente se caracteriza por cooperador y no autoritario, que suprime sus emociones negativas, particularmente la ira, y que acepta y sigue las instrucciones de las autoridades externas.

Finalmente lo que se pretende es lograr un enfoque integral en el que se busca trabajar con la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento y rehabilitación del enfermo, buscando la interacción del paciente y sus familiares para mejorar las competencias comunicativas y así lograr una adaptación al medio ya de por sí amenazador para el que padece cáncer debido a todo el proceso que tuvo que enfrentar.

## **CAPÍTULO VI. MÉTODO**

### **1. Planteamiento del problema**

Conocer si las mujeres con cáncer de mama presentan enojo, siendo este una emoción generalmente presente (rasgo) o que se manifiesta solo en momentos determinados (estado).

### **2. Objetivo general:**

- Detectar si las mujeres con cáncer de mama presentan enojo

### **Objetivos específicos:**

-Conocer si el enojo es un sentimiento presente solo en momentos determinados (estado)

-Conocer si las mujeres con cáncer de mama generalmente se sienten enojadas (rasgo)

-Conocer la forma en que las mujeres con cáncer de mama expresan su enojo (expresión de enojo)

-Conocer la relación entre los factores de enojo revisados en el inventario aplicado a mujeres con cáncer de mama

-Conocer las diferencias en los factores de enojo entre mujeres con cáncer de mama que trabajan y no trabajan

### **3. Hipótesis:**

Hi. 1: Las mujeres con cáncer de mama presentan enojo como estado

Hi.2: Las mujeres con cáncer de mama presentan enojo como rasgo

Hi.3: Las mujeres con cáncer de mama no expresan su enojo

Hi.4: Existe relación entre los factores de enojo revisados en el inventario aplicado a mujeres con cáncer de mama

Hi.5: Existen diferencias en los factores de enojo entre mujeres con cáncer de mama que trabajan y no trabajan

H0: Las mujeres con cáncer de mama no presentan enojo

#### **4. Variables:**

Variables de clasificación. Trabajo (si, no)

Variable dependiente: Enojo presente como estado o como rasgo

#### **5. Definición de variables:**

- Definición conceptual:

Estado de enojo: Una emoción en un momento particular, caracterizada por sentimientos subjetivos que varían en intensidad, desde una molestia o irritación hasta furia o rabia intensa. Esta emoción, va acompañada generalmente de tensión muscular y activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) (Spielberger, 1991 en De Figueroa, Schmidt & Gold, 2001).

Rasgo de enojo: La disposición a percibir una amplia gama de situaciones como molestas o frustrantes, y a experimentar un aumento en el estado de enojo (Spielberger, 1991 en De Figueroa, Schmidt & Gold, 2001).

Expresión de enojo: Se puede dar en tres direcciones, denominadas enojo hacia afuera, enojo hacia dentro y control de enojo. El enojo hacia afuera es la expresión de esta emoción hacia otras personas u objetos del entorno. El enojo hacia adentro es la supresión de los sentimientos de enojo. Y el control del enojo es el intento de manejar o dominar a expresión del mismo (Spielberger, 1991 en De Figueroa, Schmidt & Gold, 2001).

- Definición operacional:

Estado de enojo: Puntuación obtenida en los reactivos 1 a 10 del Inventario estado rasgo de la expresión del enojo (IEREEM).

Rasgo de enojo: Puntuación obtenida en los reactivos 11 a 20 del Inventario estado rasgo de la expresión del enojo (IEREEM).

Expresión de enojo: Puntuación obtenida en los reactivos 21 al 35 del Inventario estado rasgo de la expresión del enojo (IEREEM).

## 6. Muestra:

Para la realización del presente estudio se contó con la participación voluntaria de 50 pacientes pertenecientes a la misma Institución de salud pública, todas con diagnóstico de cáncer de mama, sin mastectomía, cuyas edades van de los 30 a los 60 años, a través de un muestreo no probabilístico accidental. A todas se les garantizo la confidencialidad de sus datos.

Dentro de dicha muestra las edades que más predominaron fueron 37, 45 y 53 años, cada una ocupando un 8% de la población total (ver Tabla 1). La media obtenida fue de 45.76 años (D.E.= 8.56).

**Tabla 1**  
**Edad**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
30.00	2	4.0
31.00	1	2.0
33.00	1	2.0
35.00	1	2.0
36.00	3	6.0
37.00	4	8.0
38.00	2	4.0
39.00	2	4.0
41.00	2	4.0
43.00	1	2.0
44.00	2	4.0
45.00	4	8.0

Continua

Continuación tabla 1

46.00	2	4.0
47.00	2	4.0
49.00	2	4.0
50.00	1	2.0
51.00	1	2.0
52.00	2	4.0
53.00	4	8.0
54.00	2	4.0
56.00	3	6.0
57.00	2	4.0
58.00	2	4.0
59.00	1	2.0
60.00	1	2.0
Total	50	100.0

El nivel de escolaridad más reportado por las participantes fue la preparatoria con un 44%, y solo un 6% de la muestra mencionó no tener estudios (ver Tabla 2).

**Tabla 2**  
***Escolaridad***

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
No estudio	3	6.0
Primaria	6	12.0
Secundaria	10	20.0
Preparatoria	22	44.0
Licenciatura	9	18.0
Total	50	100.0

En cuanto al estado civil el 48% de la muestra se compone por mujeres casadas, siguiéndole un 18% que se encuentran solteras (ver Tabla 3).

**Tabla 3**  
***Estado Civil***

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	9	18.0
Casada	24	48.0
Viuda	6	12.0
Divorciada	3	6.0

Continúa

Continuación tabla 3

Unión libre	8	16.0
Total	50	100.0

En lo que respecta al número de hijos el 34% de las participantes mencionaron tener dos hijos, contrastando con solo un 4% de la muestra con más de 5 hijos (ver Tabla 4).

**Tabla 4**  
***Número de hijos***

Número de Hijos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	8	16.0
Uno	13	26.0
Dos	17	34.0
Tres	7	14.0
Cuatro	3	6.0
Seis	1	2.0
Siete	1	2.0
Total	50	100.0

En la Tabla 5 se observa que la muestra se compone en un 80% por pacientes que actualmente no se encuentran trabajando.

**Tabla 5**  
***Pacientes que trabajan***

Trabaja	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	20.0
No	40	80.0
Total	50	100.0

El 74% de las participantes de la muestra mencionó no tener a nadie que dependiera de ellas (ver Tabla 6).

**Tabla 6**  
***Personas que dependen las participantes***

¿Cuántas personas dependen de usted?	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	37	74.0
Ella misma	1	2.0
Una	5	10
Dos	4	8.0
Tres	1	2.0
Cinco	2	4.0
Total	50	100.0

Más de la mitad de las participantes (54%) indicó vivir con su esposo e hijos (ver Tabla 7).

**Tabla 7**  
***Personas con quienes viven las participantes***

Vive con	Frecuencia	Porcentaje
Sola	2	4.0
Esposo	8	16.0
Esposo e hijos	27	54.0
Hijos	9	18.0
Padres	1	2.0
Hermanos	1	2.0
Padres y hermanos	2	4.0
Total	50	100.0

## **7. Instrumento:**

Se aplicó el Inventario estado rasgo de la expresión del enojo (IEREEM) realizado por Gonzalo Alberto Vázquez Casals (1994). Este instrumento mide el enojo, estado emocional cuya intensidad va de la molestia a la ira, el enojo-estado se

define como un amplio patrón de respuesta respecto del enojo, y el enojo-rasgo es la aparición parcial de un aspecto de la conducta de enojo del cual se puede inferir que podrían aparecer otras partes de la conducta.

Consta de 35 afirmaciones cuyo rango de respuesta para enojo-estado va de: *Definitivamente no* (1) a *Mucho* (4). Para enojo-rasgo y Expresión de enojo: De *Casi nunca* (1) a *Casi siempre* (4).

Se efectuaron análisis factoriales de componentes principales, con rotación varimax. Para la Escala de enojo estado se produjeron dos factores que explicaron 60% de la varianza total; para la de enojo-rasgo, también dos (54%), y para la de expresión de enojo, tres (36%).

Los índices de confiabilidad obtenidos para las dos primeras escalas fueron:  $\alpha = 0.87$  y  $0.81$ ; para los factores oscilaron los índices oscilaron entre  $\alpha = 0.49$  y  $\alpha = 0.85$ .

Escala de enojo-estado:

Disposición conductual (5), Afecto enojoso (5)

Escala enojo-rasgo:

Temperamento enojoso (6), Reacción enojosa (4)

Escala de expresión del enojo:

Control del enojo (8), Enojo afuera (3), Enojo adentro (4)

## **8. Tipo de estudio:**

El tipo de estudio es correlacional de campo, debido a que se buscó encontrar relación entre las variables y se llevó a cabo en un escenario natural.

## **9. Diseño:**

El diseño utilizado es intersujeto, ya que se aplicó el instrumento a un grupo específico de la muestra, con la finalidad de conocer las interrelaciones entre los

factores de enojo. Así mismo es un diseño de dos muestras independientes, porque se compararon las mujeres que trabajan y las que no lo hacen.

#### **10. Procedimiento:**

Para la realización de la presente investigación se aplicó el instrumento de forma individual y anónima a pacientes de una Institución de Salud Pública.

Se contó con el consentimiento de las pacientes, quienes se encontraron en el rango de edad antes señalado.

La investigadora se presentó de forma clara y cordial ante las pacientes a quienes se les hizo la invitación de participar en la investigación explicándoles en que consiste. Posteriormente se les dijo en que consiste el instrumento y se les dieron las instrucciones para contestarlo. Se les dejó en claro que la información proporcionada es confidencial y solo se utilizará para fines estadísticos.

Una vez que acepten participar y llenar el instrumento, se esperó a que lo terminen (alrededor de 15 minutos) y finalmente se les dió las gracias por la ayuda brindada.

## CAPÍTULO VII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la investigación se presentarán de acuerdo al siguiente esquema, inicialmente se muestran los datos sociodemográficos referidos al padecimiento y su tratamiento. Posteriormente se presenta la distribución que tuvo cada una de las escalas evaluadas, incluyendo los factores que las componen. Para finalmente dar a conocer el análisis de correlación producto-momento de Pearson de todas las escalas y las diferencias por grupo a través de la prueba t.

### a) Análisis descriptivo del padecimiento y el tratamiento.

Los reactivos encaminados a conocer los elementos involucrados directamente con el padecimiento de cáncer de mama mostraron las siguientes distribuciones.

En la tabla 8 se observa que en un 20% de la población el diagnóstico con cáncer fue dado hace 12 meses, siguiéndole el 12% con 9 meses. La media obtenida fue de 9.16 meses (D.E = 5.19).

**Tabla 8**  
***Tiempo del diagnóstico***

Tiempo del diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1.00	4	8.0
2.00	3	6.0
3.00	2	4.0
4.00	1	2.0
5.00	4	8.0
6.00	2	4.0
7.00	3	6.0
8.00	3	6.0
9.00	6	12.0
10.00	1	2.0
11.00	1	2.0
12.00	10	20.0
13.00	2	4.0
14.00	1	2.0
17.00	3	6.0

Continúa

Continuación Tabla 8

18.00	2	4.0
19.00	1	2.0
20.00	1	2.0
Total	50	100.0

El 92% de las participantes señalaron contar con alguien que las acompañe cuando acuden a citas médicas, tratamiento, estudios, etc. (ver Tabla 9).

**Tabla 9**  
***Cuenta con algún acompañante la paciente***

Alguien que la acompañe	Frecuencia	Porcentaje
si	46	92.0
no	4	8.0
Total	50	100.0

Al cuestionamiento de quién es la persona que las acompaña cuando acuden a citas médicas, tratamiento o estudios, la mitad de las pacientes de la muestra mencionó a su esposo (ver Tabla 10).

**Tabla 10**  
***Quién acompaña a la paciente***

¿Quién?	Frecuencia	Porcentaje
Nadie	4	8.0
Esposo	25	50.0
Hijos	11	22.0
Hermanos	6	12.0
Madre	4	8.0
Total	50	100.0

En cuanto al servicio médico con el que cuentan, el 78% señaló poseer el Seguro Popular (ver Tabla 11).

**Tabla 11**  
***Tipo de servicio médico***

Servicio médico	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	2	4.0
ISSSTE	5	10.0
Seguro Popular	39	78.0
Seguro Particular	4	8.0
Total	50	100.0

De acuerdo al tratamiento en el que se encontraban las pacientes de la muestra al momento de aplicarles la prueba, el 44% indicó estar recibiendo quimioterapia (ver Tabla 12).

**Tabla 12**  
***Tipo de tratamiento***

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía (programada)	13	26.0
Quimioterapia	22	44.0
Radioterapia	10	20.0
Revisión	5	10.0
Total	50	100.0

b) Descripción de las características de las escalas evaluadas.

A continuación se muestra la distribución obtenida en cada una de las tres escalas en las que se divide el Inventario estado rasgo de la expresión del enojo (IEREEM), incluyendo los resultados reportados en los factores que componen cada una de las escalas.

Considerando el puntaje total obtenido por todos los reactivos que conforman la Escala Enojo –Estado, en la tabla 13 se observa que los puntajes mayormente

alcanzados fueron 10 y 12, ambos con un 16% de la población. La media de la escala fue de 15.02, con una media teórica de 25. (D.E.=4.12).

**Tabla 13**  
**Respuestas Escala Enojo-Estado**

Puntuación Reactivos Estado	Frecuencia	Porcentaje
10.00	8	16.0
11.00	5	10.0
12.00	8	16.0
13.00	1	2.0
14.00	3	6.0
15.00	3	6.0
16.00	3	6.0
17.00	3	6.0
18.00	3	6.0
19.00	4	8.0
20.00	4	8.0
21.00	3	6.0
24.00	2	4.0
Total	50	100.0

Tomando en cuenta los dos factores que conforman la Escala Enojo-Estado, se observa que en el factor Disposición conductual el puntaje que más se reportó fue el de 5 con un 30% de la muestra total, seguido por el de 6 con un 14%, dicho factor indicó una media de 7.82, con una media teórica de 12.5 (D.E.=2.98) (ver Tabla 14).

**Tabla 14**  
**Respuestas Factor Disposición Conductual**

Disposición conductual	Frecuencia	Porcentaje
5.00	15	30.0
6.00	7	14.0
7.00	6	12.0
8.00	4	8.0
9.00	3	6.0
10.00	6	12.0

Continúa

Continuación tabla 14

11.00	5	10.0
12.00	1	2.0
13.00	1	2.0
14.00	1	2.0
19.00	1	2.0
Total	50	100.0

Para el factor Afecto enojoso la media fue de 7.20, con una media teórica de 12.5 y los puntajes más reportados fueron 5 y 9 con un 20% cada uno. (D.E=1.64) (ver Tabla 15).

**Tabla 15**  
**Respuestas Factor Afecto Enojoso**

Afecto enojoso	Frecuencia	Porcentaje
5.00	10	20.0
6.00	10	20.0
7.00	8	16.0
8.00	8	16.0
9.00	10	20.0
10.00	4	8.0
Total	50	100.0

Para la Escala Enajo-Rasgo, el puntaje más alto fue 20, señalado por un 10% de la población, obteniendo una media de 21.46, con una media teórica de 25 (D.E= 6.29) (ver Tabla 16).

**Tabla 16**  
**Respuestas Escala Enajo-Rasgo**

Puntuación reactivos rasgo	Frecuencia	Porcentaje
10.00	2	4.0
11.00	2	4.0
12.00	1	2.0
13.00	2	4.0
14.00	1	2.0
15.00	1	2.0
16.00	2	4.0
17.00	3	6.0

Continúa

Continuación Tabla 16

18.00	1	2.0
19.00	3	6.0
20.00	5	10.0
21.00	3	6.0
22.00	2	4.0
23.00	1	2.0
24.00	3	6.0
25.00	4	8.0
26.00	3	6.0
27.00	4	8.0
28.00	2	4.0
29.00	1	2.0
31.00	1	2.0
32.00	1	2.0
34.00	1	2.0
36.00	1	2.0
Total	50	100.0

En cuanto al factor Temperamento Enojoso, 14% de la muestra reportó el puntaje de 9 (ver Tabla 17). La escala alcanzó una media de 12.88, con una media teórica de 15 (D.E.= 4.05).

**Tabla 17**  
***Respuestas Factor Temperamento Enojoso***

Temperamento enojoso	Frecuencia	Porcentaje
6.00	3	6.0
7.00	1	2.0
8.00	2	4.0
9.00	7	14.0
10.00	4	8.0
11.00	4	8.0
12.00	3	6.0
13.00	3	6.0
14.00	4	8.0
15.00	5	10.0
16.00	4	8.0
17.00	3	6.0
18.00	4	8.0
19.00	1	2.0
21.00	1	2.0
23.00	1	2.0
Total	50	100.0

Para el Factor Reacción Enojosa la media fue de 8.58, con una media teórica de 10 y el puntaje de 8 fue señalado por el 20% de la muestra (D.E.=2.61) (ver Tabla 18).

**Tabla 18**  
**Respuestas Factor Reacción enojosa**

Reacción enojosa	Frecuencia	Porcentaje
4.00	5	10.0
5.00	5	10.0
6.00	1	2.0
7.00	2	4.0
8.00	10	20.0
9.00	7	14.0
10.00	8	16.0
11.00	7	14.0
12.00	2	4.0
13.00	2	4.0
14.00	1	2.0
Total	50	100.0

En la Escala de Expresión del enojo la media alcanzada fue de 39.68, contando con una media teórica de 37.5 (D.E.=5.57). El 14% de la muestra total logró una puntuación de 43 (ver Tabla 19).

**Tabla 19**  
**Respuestas Escala Expresión del enojo**

Puntuación reactivos Expresión	Frecuencia	Porcentaje
23.00	1	2.0
24.00	1	2.0
29.00	2	4.0
33.00	1	2.0
34.00	1	2.0
35.00	2	4.0
36.00	3	6.0
37.00	4	8.0
38.00	3	6.0
39.00	3	6.0

Continúa

Continuación Tabla 19

40.00	5	10.0
41.00	2	4.0
42.00	4	8.0
43.00	7	14.0
44.00	4	8.0
45.00	3	6.0
46.00	1	2.0
47.00	1	2.0
50.00	2	4.0
Total	50	100.0

En la Tabla 20 se observa que los puntajes con la frecuencia más alta, en el factor control del enojo fueron 21 y 23, cada uno con un 14% de la muestra. La media obtenida por dicho factor fue de 20.86, con una media teórica de 20 (D.E.=3.69).

**Tabla 20**  
***Respuestas Factor Control del enojo***

Control del enojo	Frecuencia	Porcentaje
11.00	1	2.0
12.00	1	2.0
14.00	2	4.0
15.00	1	2.0
17.00	3	6.0
18.00	3	6.0
19.00	4	8.0
20.00	5	10.0
21.00	7	14.0
22.00	5	10.0
23.00	7	14.0
24.00	5	10.0
25.00	2	4.0
26.00	2	4.0
27.00	1	2.0
29.00	1	2.0
Total	50	100.0

En el caso del Factor Enojo afuera, el 32% de las pacientes obtuvo un puntaje de 9 (ver Tabla 21). El factor arrojó una media de 8.18 y una media teórica de 7.5 (D.E=1.57).

**Tabla 21**  
**Respuestas Factor Enojo afuera**

Enojo afuera	Frecuencia	Porcentaje
3.00	1	2.0
6.00	7	14.0
7.00	7	14.0
8.00	11	22.0
9.00	16	32.0
10.00	5	10.0
11.00	3	6.0
Total	50	100.0

Para el factor Enojo adentro la media fue de 10.64 y la media teórica de 10 (D.E=1.60). Los puntajes 10 y 11 fueron los más reportados, cada uno con un 28% de la muestra (ver Tabla 22).

**Tabla 22**  
**Respuestas Factor Enojo adentro**

Enojo adentro	Frecuencia	Porcentaje
7.00	1	2.0
8.00	6	12.0
9.00	2	4.0
10.00	14	28.0
11.00	14	28.0
12.00	4	8.0
13.00	9	18.0
Total	50	100.0

c) Análisis de Correlación entre escalas.

En cuanto a la forma en que se relacionan las variables tomadas en cuenta y los resultados obtenidos en las tres escalas que mide el Inventario estado rasgo de la expresión del enojo (IEREEM), se realizó un análisis de correlación producto-momento de Pearson en el que se encontró que existen relaciones estadísticamente significativas entre las variables presentadas a continuación:

En la tabla 23 se aprecia una correlación estadísticamente significativa entre la variable edad y el Factor Enojo-Estado, indicando que a mayor edad menor es la puntuación lograda en dicha escala. Si se toman en cuenta los factores que componen la escala, se advierte una correlación significativa entre la edad y ambos factores, encontrando que a mayor edad menor es la disposición conductual y el afecto enojoso de las participantes.

**Tabla 23**  
**Correlaciones entre la Edad y la Escala Enojo- Estado**

	Escala Enojo- Estado	Factor Disposición Conductual	Factor Afecto enojoso
Edad	-.437**	-.405**	-.361*

\*\*  $p \leq 0.01$  \*  $p \leq 0.05$

La Escala Enojo-Estado también mostró una correlación estadísticamente significativa con la variable referente al número de hijos, dejando ver que a mayor número de hijos, menor es la puntuación obtenida en dicha escala. Además, los factores de dicha escala también arrojaron relaciones estadísticamente significativas, permitiendo apreciar que a mayor número de hijos, menor es el grado de disposición conductual y de afecto enojoso de la paciente (ver Tabla 24).

**Tabla 24**  
**Correlaciones entre el número de hijos y la Escala Enojo-Estado**

	Escala Enojo- Estado	Factor Disposición Conductual	Factor Afecto enojoso
Número de hijos	-.397**	-.376**	-.312*

\*\*  $p \leq 0.01$  \*  $p \leq 0.05$

Para la Escala Expresión del enojo, solo se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre el número de personas que dependen de la paciente y los resultados obtenidos en la escala, dejando ver que a mayor número de personas dependientes de la paciente, menor es la expresión del enojo.

**Tabla 25**  
**Correlación entre las personas que dependen de la paciente y la escala Expresión del enojo**

	Expresión del enojo
¿Cuántas personas dependen de usted?	-.308*

\*\*  $p \leq 0.01$  \*  $p \leq 0.05$

c.1) Diferencias por grupo a través de la prueba t de student.

Para observar la influencia de la variable referente a si las pacientes trabajan, se aplicó una prueba t de Student para muestras independientes, la cual permitió observar que existen diferencias significativas entre las pacientes que si trabajan y las que no lo hacen en relación con la Escala Rasgo- Enojo [ $t_{(50)}=2.506$ ;  $p=.016$ ] y sus factores Reacción enojosa y Temperamento enojoso. Observando que las mujeres que trabajan presentan las medias más altas en dicha escala, obteniendo valores por arriba de la media teórica, situación que también se aprecia en ambos factores (ver Tabla 26).

**Tabla 26**  
***Diferencias por pacientes que trabajan en el factor Rasgo-Enojo***

Variable	Trabaja		X Teórica	T	p
	Sí	No			
Rasgo-Enojo	<b>25.7</b>	20.4	25	2.506	.016*
Temperament o enojos	<b>15.5</b>	12.2	15	2.389	.021**
Reacción enojosa	<b>10.2</b>	8.1	10	2.286	.027**

\*\*  $p \leq 0.01$  \*  $p \leq 0.05$

## **CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN**

De acuerdo con la OMS (2013), la enfermedad oncológica es una de las enfermedades crónicas que actualmente se encuentra dentro de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Las diversas investigaciones (p. e. Thomas y Duszynski, 1974 y Derogatis et al.,1979) en este campo han mostrado hallazgos con respecto a la participación de variables psicológicas sobre la evolución de la enfermedad, con mayor fuerza para los casos en los cuales se trata de tipos de cáncer donde el papel de las hormonas es fundamental, como lo es el cáncer de mama, hecho que se relaciona con las diferencias tanto a nivel biológico como psicológico y cultural que implican el ser hombre o mujer.

Es claro que actualmente el cáncer de mama no solo es una de las enfermedades con mayor tasa de mortandad en mujeres, sino que comienza a abarcar grupos de edad cada vez más amplios. Si bien el grueso de la población femenina afectada se encuentra entre las mujeres maduras (de los 40 a los 60 años), se reportan casos y defunciones a partir de los 20 años, los cuales aumentan con la edad. En el caso del presente estudio, la muestra estuvo comprendida por mujeres entre 30 a 60 años, de las cuales el 32%, se encuentran entre los 30 y 39 años, situación que refleja un decremento en la aparición de esta afección en la edad, abarcando a mujeres más jóvenes. Este hecho destaca la importancia de conocer algunos rasgos psicológicos como el enojo, vinculados a la personalidad, que permitan generar programas preventivos y/o de autorregulación de las emociones, con la finalidad de poder reducir este problema de salud.

Por otro lado, los agentes causantes del padecimiento son diversos y es claro que no existe un sector de la población que sea más vulnerable que otro, todo se reduce a lo individual, al estilo de vida que cada uno posee. Y si bien cada ser humano tiene su forma propia de responder ante las demandas del medio, existen aspectos en común que pueden influir para el desarrollo de la enfermedad, tal es

el caso de características en la personalidad que llevan a formas propias de actuar y de desenvolverse en el medio.

Dentro del tipo de personalidad un elemento importante son las emociones, cómo cada ser humano las siente y las expresa, lo cual le da una forma particular de adaptarse a su entorno.

Así, una de las emociones que se presenta con mayor frecuencia es el enojo, el cual según Lemerise y Dodge (1993 en De Figueroa, 2001) cumple una gran variedad de funciones adaptativas tales como la regulación de procesos internos (fisiológicos y psicológicos) en la relación de defensa, así como la regulación de las conductas sociales e interpersonales. Sin embargo, si dicha emoción lejos de regular es contenida para lograr una mejor relación con los otros, y sin que lo que en realidad se siente se exprese en algún momento, puede convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo de ciertos padecimientos, como en este caso el cáncer.

Aunque si bien se puede tomar como un factor de riesgo, también puede aparecer, y con mayor intensidad, tras recibir la noticia de que se está enfermo de un padecimiento cuyas causas no se tienen muy claras y que implica un desgaste físico, emocional y económico sumamente grande, con altas probabilidades de morir y que repercute en lo individual y en quienes forman parte del entorno de la enferma, donde las probabilidades de curarse parecen escasas y los tratamientos llegan a ser muy caros y con fuertes repercusiones en el estilo de vida.

Es por ello que utilizando el Inventario estado rasgo de la expresión del enojo (IEREEM) aplicado en 50 mujeres con cáncer de mama, sin mastectomía, pacientes todas de la misma Institución de salud pública, se buscó detectar si dichas pacientes muestran enojo y si este es una emoción presente solo en momentos determinados (estado) o si generalmente se sienten enojadas (rasgo), además de conocer la forma en que dichas mujeres expresan su enojo (expresión

de enojo); ello en base a las tres escalas en las que se divide el Inventario: Enojo-Estado, Enojo-Rasgo y Expresión de enojo.

Los datos obtenidos permiten apreciar que, de manera general, la muestra se compone en su mayoría por mujeres maduras de acuerdo con los estadios del desarrollo propuestos por Santrock (2006), las cuales van de los 40 a los 60 años, sin embargo un tercio lo conforman mujeres que se encuentran en los 30 años, lo que habla de que el padecimiento abarca rangos más amplios de edad, además de que no es un padecimiento propio de mujeres solas o sin hijos, ya que pacientes casadas, con más de un hijo y que viven en familia son víctimas de dicha enfermedad. Asimismo en su mayoría cuentan con alguien que las acompañe a los tratamientos o citas médicas, siendo el esposo el acompañante más mencionado.

Por otra parte, el nivel de escolaridad no es un factor determinante, ya que la muestra la conforman mujeres que van de no poseer ninguna instrucción, hasta aquellas con nivel licenciatura.

Factores como el trabajo y que alguna persona dependa de ellas tampoco son decisivos, ya que más de la mitad de la muestra no se encuentra trabajando y no poseen a nadie dependiente económicamente. Sin embargo, al analizar los resultados obtenidos por el 20% de la muestra que si se encuentra trabajando, se aprecia que en la Escala Enojo Rasgo las medias obtenidas fueron más elevadas que las medias teóricas, lo que se relaciona con el puntaje elevado en el factor rasgo de la muestra general y que implica que el encontrarse en alguna ocupación eleva más el hecho de mantenerse enojada por otras situaciones que no necesariamente se relacionan con el padecimiento, y que hacen que el enojo aumente en esta etapa por el impacto en la vida laboral y en las personas que de ellas dependen.

Todas las pacientes de la muestra cuentan con algún servicio médico, siendo el Seguro Popular el más mencionado, el cual les ha permitido atender la

enfermedad ya que todas ellas se encuentran en tratamiento, revisión o en espera de cirugía, situación que influye en el estado de enojo que puedan tener.

En cuanto a los resultados obtenidos en relación a la emoción de enojo, se observa que la distribución de la primera escala se encuentran por debajo de la media teórica, lo que implica que las participantes muestran un nivel bajo de enojo como estado, esto es que la presencia de esta emoción solo en un momento en particular, específicamente en la enfermedad, se ve disminuida. Así, el que las mujeres muestren poco enojo como estado deja ver que si bien en dicho momento no están muy enojadas, si lo están no lo muestran, ello considerando que los reactivos de esta primera parte del inventario involucran cuestionamientos que hacen alusión a golpear cosas, decir groserías y reconocer lo que sienten justo en el momento en el que se encuentran.

Dicha situación puede deberse a factores tales como que la demanda de atención médica que las pacientes con cáncer de mama presentan está cubierta, y si bien el diagnóstico no es favorable, se está trabajando por hacer algo para atender la enfermedad, lo cual se ve reflejado en la relación que existe entre el servicio médico que las pacientes poseen y el enojo como estado, ya que aquellas mujeres que tienen Seguro Popular (servicio médico con el que el 78% de la muestra cuanta) obtuvieron puntajes más bajos, hecho en el que se aprecia la forma en que las condiciones del medio influyen, pues el ver que la gran mayoría de pacientes atendidas cuentan con el mismo servicio, brinda a las demás seguridad de saber que serán atendidas en la Institución. Las pacientes tienen una esperanza, lo cual les permite mantenerse tranquilas, aunque viven agobiadas en espera de lo que pueda ocurrir.

Además, variables como la edad y el número de hijos también influyen de manera negativa en presentar enojo en el momento de la enfermedad, esto porque las mujeres mayores y con más hijos fueron las que obtuvieron un resultado menor en la Escala.

Notando lo anterior y tomando en cuenta las características propuestas por Santrock (2006) y Erikson (2000) para cada etapa de la vida, se puede inferir que las mujeres más grandes poseen una mayor experiencia en cuanto a manejar sus emociones en situaciones difíciles, tienen una noción de a dónde acudir y que hay que hacer, y al ya ser madres de hijos mayores y contar con más años de vida, no ven al padecimiento como algo que las detenga para alcanzar sus metas personales, sino como una situación que pueden llegar a enfrentar por el deterioro con el que el organismo ya cuenta y que irá en aumento por esta y muchas otras causas. En cambio, las mujeres jóvenes si ven al cáncer como algo que las detiene en sus planes, un impedimento para un crecimiento en diversos aspectos de la vida del ser humano (personal, laboral, familiar), además de ser una situación que no contemplan por la edad y todo lo que esperan seguir logrando.

Para la Escala Enojo-Rasgo, nuevamente el promedio de la muestra se ubicó en un nivel bajo de enojo, sin embargo más del 40% se encuentran en un nivel intermedio y elevado, y en comparación con la escala anterior, la media obtenida en esta escala es mayor ( $M=21.46$ ). Ello indica que las mujeres de la muestra poseen enojo, pero no como una emoción surgida en el momento, sino como algo que forma parte de su personalidad. De acuerdo con Allport (1965) el rasgo es considerado una entidad física que conforma una estructura mental auténtica en cada persona, forma parte de su personalidad, de la disposición con que cada individuo cuenta para responder y adaptarse a las demandas del medio.

Tomando en cuenta este resultado, las características reportadas en el inventario por las mujeres de la muestra se relacionan con la clasificación de la personalidad en relación con las enfermedades coronarias, específicamente con la clasificación hecha por Morris en 1980 de personalidad Tipo C, la cual muestra tendencia al cáncer, a ella corresponden personas reprimidas que internalizan el estrés, inhiben las emociones y son dependientes. Tales características se refieren a un tipo de afrontamiento en el que se prefiere evitar lo que realmente ocurre y seguir adelante sin importar el “cómo me sienta”.

Hay una tendencia a suprimir las emociones intensas como ansiedad, temor, ira, hostilidad y manejarse con desajustes frente al estrés, sobre todo cuando otras personas están involucradas, esto último con el propósito de evitar que los demás sufran, hecho muy relacionado con lo que socialmente se espera de las mujeres mexicanas al darles el calificativo de abnegadas.

La mayoría de las participantes reportó no tener a nadie que dependa de ellas, un gran número son madres y un porcentaje elevado no cuentan con el apoyo formal de una pareja (solteras, viudas, divorciadas) o viven con algún familiar, del que si bien no se hacen cargo económicamente, si preocupa la falta que puedan hacer para cubrir otras necesidades. Por lo que, de acuerdo con la propuesta de Santrock (2006) y Erikson (2000), se piensa en aspectos referentes a lo que dejan a sus seres queridos correspondiente a enseñanzas, por lo tanto se prefiere no dar a notar que hay enojo para que los demás vean un buen ejemplo y piensen que si la paciente fallece no fue una carga.

Las pacientes se muestran cooperativa, más tranquilas tendiendo básicamente a no manifestar sus emociones internas, lo que se relaciona con el puntaje bajo obtenido en la escala anterior y los resultados arrojados por la Escala que mide Expresión del enojo.

En esta última escala la muestra obtuvo una media superior a la media teórica, lo que refleja que las participantes controlan su enojo siendo pacientes y manteniéndose calmadas frente a quienes las rodean, cayendo más en la supresión que en un control adecuado de dicha emoción. Los resultados del factor Enojo hacia adentro confirman lo anterior, ya que la distribución de las mujeres de la muestra se concentró más en un nivel alto, así, las participantes tienen una tendencia a suprimir los sentimientos de enojo, se reservan los pensamientos relacionados con la situación que las enojó prefiriendo no hablar del tema y, aunque se sientan furiosas, no lo manifiestan. Las pacientes de la muestra

cuentan con estrategias para controlar su enojo, las cuales involucran retener la emoción, y si bien les funciona para desenvolverse en el medio, tomando en cuenta lo que socialmente se espera, esta situación las lleva a enfermarse.

Esto no quiere decir que todas las mujeres con cáncer de mama muestren este tipo de personalidad como algo definitivo, ni que el responder de determinada forma a las demandas del medio sea un factor de riesgo; lo anterior va más encaminado a notar que es una característica que puede presentarse en la mayoría de las pacientes, y no precisamente por las circunstancias en las que se encuentran después de recibir el diagnóstico, sino como una forma particular de actuar en la que se tiene que trabajar para mejorar el tipo de atención que se les brinda, no sólo a nivel psicológico, sino también a nivel médico.

Considerando tales aspectos, la propuesta de intervención va dirigida a una expresión del enojo hacia afuera, lograr mostrarlo hacia otras personas o canalizarlo a otros objetos, teniendo presente en que momentos es adecuado controlarlo para evitar una adaptación inadecuada al entorno.

## **CAPÍTULO IX. CONCLUSIÓN**

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten dar cuenta de que los objetivos planteados en un inicio se cumplieron de manera satisfactoria. La aplicación del Inventario estado rasgo de la expresión del enojo (IEREEM) permitió observar que las mujeres con cáncer de mama poseen enojo, con base en los puntajes obtenidos en las diferentes escalas del inventario, advirtiendo que, por lo menos para la población estudiada, los resultados indicaron que existe enojo en un nivel moderado.

Al realizar la revisión de las escalas Enojo-Estado y Enojo-Rasgo encontramos que los puntajes más elevados se ubican en la segunda, por lo que el enojo con el que las pacientes de la muestra cuentan tiende más a mostrarse como un rasgo de personalidad que como un estado, lo cual indica que en las pacientes existe la disposición a percibir una amplia gama de situaciones como molestas o frustrantes de manera constante durante su vida, siendo este el estilo con el que ellas cuentan para responder a las demandas del medio, y que concuerda con la Teoría de personalidad Tipo C propuesto por Morris, como el tipo de personalidad propenso al cáncer.

Además, los resultados también muestran la relación importante que poseen variables como la edad y el número de hijos ya que inquieta la falta que puedan hacer para cubrir otras necesidades si son más jóvenes y cuentan con pocos hijos, preocupando el hecho de no poder satisfacer otro tipo de necesidades tales como crianza o ser un modelo a seguir, lo que concuerda con la propuesta de Santrock (2006) y Erikson (2000), pues mientras más se avanza en edad se piensa en aspectos referentes a lo que dejan a sus seres queridos correspondiente a enseñanzas, por lo tanto se prefiere no dar a notar que hay enojo para que los demás vean un buen ejemplo y no piensen en la paciente como alguien que fue una carga o se mostró débil ante el padecimiento.

En cuanto a la escala Expresión de enojo, esta fue la que obtuvo los puntajes más altos dentro del Inventario, indicando que si bien las mujeres de la muestra expresan su enojo siempre tratan de controlarse haciéndolo hacia adentro, lo que nos habla de un tipo de control inadecuado considerando que tienden a suprimir la emoción y a mostrarse siempre calmadas y cooperativas; situación en la que pueden influir las demandas de la cultura mexicana en cuanto ser mujer.

Conforme a estos resultados, se sugiere que una intervención orientada precisamente a promover la activación comportamental y modificar el patrón de evitación en las pacientes con cáncer de mama podría ser ideal para afrontar el padecimiento de manera más adecuada, expresando las emociones hacia afuera, permitiendo que los demás tengan en cuenta lo que sienten realmente, lo que puede contribuir a una mejor atención de las pacientes con cáncer de mama a nivel médico y psicológico, tomando en cuenta los diversos factores que pueden influir y el estado de ánimo real de las pacientes, dando pie para un mejor seguimiento de las mismas.

## **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

De acuerdo a las condiciones en las que se llevó a cabo la investigación se sugiere:

- Tomar en cuenta mujeres cuyo diagnóstico sea muy reciente y no posean atención médica, observando el estado de enojo reportado sin que esta demanda de atención se encuentre cubierta.
- Considerar las características de la Institución de salud como variables, las cuales también pueden influir en las emociones de las pacientes.
- Que la muestra a trabajar sea mayor, logrando contar con una participación más representativa que permita extrapolar los resultados a una población más amplia, tomando en cuenta otras instituciones de salud.
- Realizar una pequeña entrevista estructurada para dar cuenta del papel que juegan diversas variables relacionadas con el estilo de vida y el medio que rodea a cada una de las pacientes en la forma de expresar las emociones.

## REFERENCIAS

- Almanza, J y Holland, J. (2000). Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras. *Cancerología*, 46, 196-206.
- Allport, G. (1965). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paídos.
- Arce, C., et al. (2011). Oncoguía: cáncer de mama. *Instituto Nacional de Cancerología*, 6, 77-86.
- Baréz, M., Blasco, T., y Fernández, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *Ann Psicol*, 19, 235-246.
- Cano-Vindel, A., y Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121.
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de las emociones: El proceso emocional*. España: Universidad de Valencia.
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. España: Editorial Síntesis.
- Cuhen, R., y Swerdlik, M. (2006). *Pruebas y evaluación psicológicas*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- De Figueroa, L., Schmidt, V., y Gold, S. (2001). El inventario de expresión de Enojo Estado Rasgo (satxi) y su uso en diferentes poblaciones. *RIDEP*, 1 (11), 55-74.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paídos.

- Fernández, C., et al. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de la psicología*, 2 (27), 278-291.
- Florenzano, R., et al. (2006). La relación entre enfermedades físicas y trastornos mentales en diferentes países. *Estudio de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/27364/>.
- Flores, J. (1994). *La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*. Barcelona: Edikamed.
- Holland, J., y Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer*. España: Editorial Herder.
- Instituto Nacional de Cancerología (INcan) (2013). Recuperado de <http://incan-mexico.org/incan/incan.jsp>
- Izard, C. (1993). Organizacional and motivacional functions of discrete emotions. *Handbook of emotions*. Nueva York: Guilford Press.
- Knaul, F., et al. (2009). Cáncer de mama en México: Una prioridad apremiante. *Salud pública en México*, 51 (2), 335-344.
- Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. *Cómo encontrar sentido al duelo a través de sus cinco etapas*. España: Océano.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Levenson, F. (1986). *Causas y prevención del cáncer*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor.
- Link, J. (2008). *Cáncer de mama y calidad de vida*. España: Ediciones Robinbook.

- Malca, B. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona y bioética. Universidad de la Sabana*, 025 (9), 64-67.
- Marina, T., y Aspilcueta, D. (2009). Cáncer de mama. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad* 1 (4).
- Martín, M. (2005). *Psicron: Una metodología computarizada para optimizar la asistencia, la investigación y la docencia con pacientes con enfermedades crónicas*. Bogotá: psicom.
- Miralles, L., Otin, R., Y Rojo, J. E. (2003). Factores psicológicos que afectan al estado físico. *Medicine*, 8, 5654-5664.
- Meza-Rodríguez, M. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Reproducción perinatal humana*, 21 (2), 72-80.
- Moreno, J., et al. (2005). Personalidad positiva y salud. *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*, 59-76.
- Nazira, Calleja. (2011). *Inventario de Escalas psicosociales en México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Cáncer. Recuperado de <http://www.who.int/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Health Situation in the Americas. Basic Indicators*. OPS. Recuperado de [http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI\\_2011\\_ENG.pdf](http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI_2011_ENG.pdf)
- Pervin, L. (1998). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: Mc Graw Hill.

- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., y García, L. (2006). Ansiedad, depresión y salud. *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Bogotá: psicom Editores.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 2 (16), 85-112.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo del ciclo vital* (10ª Edición). España: McGraw Hill.
- Spielberger, Ch. (1991). *State-Trait Anger Expression Inventory Manual*. Odessa, Florida, Psy- chological Assessmante Resources.
- Torres, A. M. (2006). Relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 5(3), 563-574.
- Vecina, J. (2006). Emociones positivas. *Papeles del psicólogo*, 27 (1), 9-17.
- Velázquez, A., García., M, Alvarado, S., y Ángeles, J. (2007). Cáncer y psicología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 6(3), 71-75.
- Vidal y Benito, M. (2008). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Virginia, D. (2006). *Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica: diferencias según sexo-genero, situación laboral y cultura-nación*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Watson, D y Clark, L. A. (1984). Afecto negativo: Disposición a experimentar estados emocionales aversivos. *Boletín de psicología*, 96, 465-490.

# ANEXO

**IEREEM**  
**Inventario de Autoevaluación**  
**Spielberger C.D. y Vázquez-Casals, G:A**  
**Sólo para investigación**

Edad: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_  
 Hace cuánto tiempo le diagnosticaron el cáncer (meses): \_\_\_\_\_  
 Vive con: \_\_\_\_\_ Trabaja: SI NO Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Cuantas personas dependen de usted: \_\_\_\_\_  
 Cuenta con alguien que la acompañe cuando acude a citas médicas, tratamiento, estudios, etc.:  
 SI NO Quién: \_\_\_\_\_  
 Cuenta con servicio de IMSS, ISSSTE, Seguro popular, Seguro particular, etc.: \_\_\_\_\_  
 Tipo de tratamiento en el que se encuentra: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario está dividido en tres partes. Cada parte contiene un número de afirmaciones que la gente utiliza para describir sus sentimientos y conducta. Por favor, fíjese que cada parte tiene diferentes instrucciones. Lea cuidadosamente las instrucciones para cada parte antes de registrar sus respuestas en el inventario.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Al responder cada afirmación, dé la respuesta que le describa mejor. Si necesita cambiar su respuesta, borre la respuesta incorrecta y marque entonces la correcta. Ejemplos:

1. (1) (2) (3) (4)
2. (1) (2) (3) (4)

**Parte 1.**

Un número de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas se dan abajo. Lea cada afirmación y entonces marque con una equis (X) el número que indique cómo se siente usted exactamente ahora. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna información, pero dé la respuesta que mejor parezca describir cómo se siente usted exactamente ahora.

Marque (1) para DEFINITIVAMENTE NO

Marque (2) para ALGO

Marque (3) para MODERADAMENTE

Marque (4) para MUCHO

**CÓMO ME SIENTO EXACTAMENTE AHORA:**

	DEFINITIVAMENTE NO	ALGO	MODERADA MENTE	MUCHO
1. Estoy furioso (a)	1	2	3	4
2. Me siento irritado (a)	1	2	3	4
3. Me siento enojado (a)	1	2	3	4
4. Me dan ganas de gritarle a alguien	1	2	3	4
5. Me dan ganas de romper cosas	1	2	3	4
6. Estoy muy enojado (a)	1	2	3	4
7. Me dan ganas de golpear la mesa	1	2	3	4
8. Me dan ganas de golpear a alguien	1	2	3	4
9. Me dan ganas de decir groserías	1	2	3	4
10. Estoy agobiado (a)	1	2	3	4

## Parte 2.

Un número de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas se dan abajo. Lea cada afirmación y entonces marque con una equis (X) el número que indique cómo se siente usted generalmente. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación, pero dé la respuesta que mejor parezca describir cómo se siente usted generalmente.

Marque (1) para CASI NUNCA

Marque (2) para ALGUNAS VECES

Marque (3) para FRECUENTEMENTE

Marque (4) para CASI SIEMPRE

### ***CÓMO ME SIENTO GENERALMENTE:***

	<b>CASI NUNCA</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>FRECUENTEMENTE</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>
11. Soy muy temperamental	1	2	3	4
12. Tengo un temperamento explosivo	1	2	3	4
13. Soy muy enojón (a)	1	2	3	4
14. Me enoja cuando los errores de los demás me retrasan	1	2	3	4
15. Me molesta que no se reconozca mi trabajo	1	2	3	4
16. Pierdo los estribos	1	2	3	4
17. Me esfuerzo cuando me critican frente a otros	1	2	3	4
18. Me pongo furioso (a) cuando hago un buen trabajo y no lo reconocen	1	2	3	4
19. Soy muy irritable	1	2	3	4
20. Cuando pierdo los estribos, soy capaz de pegarle a alguien	1	2	3	4

**Parte 3.**

Todo el mundo se siente enojado o furioso de vez en cuando, pero las personas difieren de las formas en que reaccionan cuando están enojadas. Un número de las afirmaciones que las personas utilizan cuando se sienten enojadas o furiosas se dan abajo. Lea cada afirmación cuidadosamente y entonces marque con una equis (X) el número que indique cuán frecuentemente usted por lo general reacciona o se comporta en la manera descrita cuando usted se siente enojado o furioso. Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación.

Marque (1) para CASI NUNCA

Marque (2) para ALGUNAS VECES

Marque (3) para FRECUENTEMENTE

Marque (4) para CASI SIEMPRE

**CUANDO ESTOY ENOJADO (A) O FURIOSO (A):**

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Controlo mi carácter	1	2	3	4
22. No expreso lo que siento	1	2	3	4
23. Soy paciente con los demás	1	2	3	4
24. Hago comentarios sarcásticos a los demás	1	2	3	4
25. Me mantengo calmado (a)	1	2	3	4
26. Controlo mi forma de actuar	1	2	3	4
27. Discuto con los demás	1	2	3	4
28. Tiendo a guardar rencores que no le digo a nadie	1	2	3	4
29. Me puedo controlar cuando me estoy enojando	1	2	3	4
30. Estoy más enojado (a) de lo que estoy dispuesto (a) a admitir	1	2	3	4
31. Me calmo más rápidamente que las demás personas	1	2	3	4
32. Digo cosas desagradables	1	2	3	4
33. Trato de ser tolerante y comprensivo (a)	1	2	3	4
34. Me irrito más de lo que los demás se dan cuenta	1	2	3	4
35. Me controlo cuando me siento enojado (a)	1	2	3	4

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN









