



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**“Prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático y la Correlación con la
Personalidad en pacientes de 30 a 70 años de edad, que han culminado el
tratamiento oncológico en el Instituto de Cáncer SOLCA”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Autor: Gabriela Carolina Orellana I.

Directora: Mst. Fernanda Coello

Cuenca- Ecuador

2018

Dedicatoria

La elaboración de este trabajo es una gran meta cumplida, no solo para mi si no para la mujer que me llena de orgullo y ha sabido salir adelante a pesar de cualquier adversidad, con su cuidado, fortaleza, dedicación y amor me ha brindado las palabras y valores adecuados para mi formación. Esta tesis la dedico a mi madre, por velar mis sueños y acompañarme en los desvelos, moldeaste mi corazón, me escuchaste y resolviste muchas dudas, supiste enseñarme cual era el camino correcto aunque muchas veces no lo entendía, pero con perseverancia y constancia me llevaste a ser una mujer de bien. Te mereces esto y mucho más.

De manera especial también dedico esta tesis a mi hermana, porque ella es el pilar primordial para la construcción de mi vida profesional, motivándome a superarme y enseñándome a ser responsable, eres mi ejemplo a seguir, pues tus virtudes y tu gran corazón hacen que sienta enorme admiración y respeto por ti. Gracias Dios por darme la mejor de las hermanas.

Finalmente dedico este trabajo a mis sobrinos por los cuales seguiré creciendo de forma personal y profesional siendo un ejemplo para sus vidas.

Agradecimientos

Me lleno de emoción y gratificación al mirar hacia atrás y recordar cada una de las experiencias vividas a lo largo de esta carrera. Son tantas las personas a quienes agradecer por haberme compartido sus experiencias para mi crecimiento tanto profesional como personal.

En primer lugar, quiero agradecer a Mst. Fernanda Coello, por su implicación en la dirección de este trabajo, por su dedicación, comprensión, esfuerzo y motivación; quien con sus conocimientos, experiencias y paciencia ha hecho posible el cumplimiento de esta investigación respetando mis sugerencias e ideas. De la misma manera agradezco también a Ana Pacurucu PhD y Mst. Alexandra Bueno, por aceptar ser parte del tribunal para la valoración del presente trabajo. Además a todos los profesores que formaron parte de mi educación universitaria, les doy gracias por ser el ejemplo de profesionales comprometidos con la psicología.

Finalmente agradezco a mi madre, por la gran oportunidad y confianza que me dio al respaldar toda mi carrera sin dudar de mi capacidad, la palabra gracias se queda corta para expresar la inmensa gratitud que siento por tu apoyo y amor. Igualmente, quiero agradecer a mi hermana por apoyarme incondicionalmente, por levantarme cada vez que el camino se tornaba difícil, gracias por tus consejos y sabiduría.

Resumen

Investigación centrada en encontrar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en supervivientes de cáncer y la correlación con la personalidad. Participan 41 personas, entre 30 y 70 años con una media de 50.25 años del Instituto de Cáncer SOLCA de Cuenca. Aplicándoles el reactivo EGEP y EPQ-R para TEPT y personalidad respectivamente. Los resultados de esta investigación son: 33 participantes no presentan TEPT, 6 lo muestran y 2 no revelan información suficiente. La intensidad de TEPT es bajo y medio bajo, 32 de las 41 personas estuvieron expuestas a un acontecimiento traumático, 36 sufren reexperimentación, 28 evitación y 14 hiperactivación.

El TEPT no presenta relación directa con la personalidad, pero en los participantes con evitación se da una relación, a mayor intensidad de reexperimentación menor dureza; y en participantes con hiperactivación, a mayor intensidad de hiperactivación, menor extraversión.

Palabras claves: estrés postraumático, cáncer, personalidad, supervivientes.

Abstract

ABSTRACT

This research focused on finding the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in cancer survivors and its correlation with personality. A sample of 41 people between 30 and 70 years of age of the Cancer Institute SOLCA of Cuenca participated in the study. The EGEP and EPQ-R reactivates were applied for PTSD and personality respectively. The results showed that 33 participants did not present PTSD, 6 showed it and 2 did not reveal enough information. The intensity of PTSD was low and medium low, 32 of the 41 people were exposed to a traumatic event, 36 suffered reexperiencing, 28 suffered avoidance and 14 suffered hyperactivation. PTSD did not have a direct relationship with personality. Participants with avoidance presented lower hardness at a higher intensity of reexperimentation. Participants with hyperactivation presented less extraversion at a higher intensity of hyperactivation.

Keywords: Post-traumatic stress, cancer, personality, survivors.

Índice

Dedicatoria	II
Agradecimientos	III
Resumen.....	IV
Abstract	V
Índice.....	VI
Índice de Tablas	IX
Índice de Figuras	IX
Introducción	1
Capítulo I.....	3
Pacientes Oncológicos	3
1.1. Cáncer: aspectos generales.....	3
1.1.1. Definición, diagnóstico, clasificación.	3
1.1.2. Prevalencia y epidemiología del cáncer en el mundo.	5
1.2. Etiología del cáncer.....	8
1.2.1Factores biológicos que influyen en el cáncer	8
1.3. Tratamientos en la enfermedad oncológica.....	12

1.3.1. Cirugía.....	12
1.3.2. Quimioterapia.....	12
1.3.3. Radioterapia	13
1.3.4. Trasplante de médula	14
1.4 Etapas del proceso de la enfermedad y efectos secundarios	15
Tratamiento:	16
1.5. Psicooncología	18
1.5.1 Impacto emocional	18
Capítulo II	21
Trastorno de Estrés Postraumático y Personalidad	21
2.1 El Estrés Postraumático.....	21
2.1.1 Orígenes e investigaciones sobre el estrés	21
2.1.2 El origen psicológico del estrés postraumático en el cáncer.....	23
2.1.3 Estrés postraumático en supervivientes del cáncer prevalencia y respuestas.	25
2.1.4 Criterios diagnósticos para los trastornos de estrés postraumático según el DSM-V	27
2.1.5 Factores del trastorno de estrés postraumático más notorios en pacientes supervivientes de cáncer	28
2.2 Personalidad	30
2.2.1 Tipos y características de personalidad	30

2.2.2 Factores que influyen en la personalidad	33
Capítulo III.....	37
Métodos de evaluación y análisis de resultados.....	37
3.1 Test Evaluación global del Estrés (EGEP).....	37
Estructura de la EGEP.....	37
3.2 Test Eysenck EPQ-R.....	41
3.3 Análisis de resultados.....	45
Resultados:	47
Personalidad	47
Estrés Postraumático	50
Relación de intensidad de síntomas de estrés post traumáticos con rasgos de personalidad.....	53
Discusión.....	55
Conclusión.....	61
Recomendaciones.....	62
Bibliografía	63

Índice de Tablas

Tabla 1 Puntuaciones T	45
Tabla 2 Diagnóstico de pacientes N=41	46
Tabla 3 Relación de rasgos de personalidad con reexperimentación positiva N=36	53
Tabla 4 Relación de rasgos de personalidad con evitación positiva N=28	54
Tabla 5 Relación de rasgos de personalidad con Hiperactivación positiva N=14	54

Índice de Figuras

Figura 1: Características de las dimensiones	44
Figura 2: Puntuaciones de: extraversión, emotividad y dureza.	48
Figura 3: Distribución de rasgos de personalidad (Categoría).....	49
Figura 4: Sintomatología de estrés postraumático.	50
Figura 5: Duración y funcionamiento.	51
Figura 6: Niveles medios de síntomas de estrés post traumático.	52
Figura 7: Incidencia de estrés postraumático.....	52

Introducción

Durante los últimos años el cáncer ha sido una de las enfermedades más impactantes para el ser humano, debido a que es una enfermedad silenciosa y que presenta síntomas comórbidos con otras enfermedades. Sin embargo, el índice general de mortalidad por cáncer ha disminuido y el número de supervivientes ha incrementado gracias a programas de vigilancia y prevención de esta enfermedad, así como los avances significativos en farmacología (Instituto Nacional del Cáncer, 2016).

Las personas que culminan el tratamiento de cáncer y pasan a la etapa de supervivencia, tienen la vulnerabilidad a desarrollar un ajuste adecuado o a su vez un impacto negativo, lo que según Rowland y Baker (citado en García Torres, J. Alós, & Pérez Dueñas, 2015) indica que existen elevados niveles de resiliencia en el superviviente, pero por otro lado el proceso por el cual atravesó el paciente antes de llegar a la supervivencia afectó a varios aspectos relacionados a la parte física, psicológica, social, económica y sin duda alguna a la parte existencial.

Es por esta razón que puede atravesar por una experiencia emocional displacentera como es el diestrés que es caracterizado por los niveles normales de vulnerabilidad, tristeza, entre otros; cabe recalcar que el diestrés no es definido como un trastorno, pero si sus síntomas no son un punto de atención puede generar un trastorno.

Otro de los síntomas comunes conocidos en esta etapa son los del trastorno de estrés postraumático que puede aparecer en la mayoría de supervivientes al cáncer entre 10-44 por 100 de los supervivientes (García Torres, J. Alós, & Pérez Dueñas, 2015), es importante tomar en

cuenta los factores relacionados al desarrollo de estos síntomas que probablemente serian la desesperanza, el tipo de personalidad C, la evitación y las estrategia de afrontamiento dadas por parte de la personalidad. Es necesario saber cuál es la prevalencia de este trastorno y cómo afecta en cada uno de los supervivientes para que se pueda ejecutar un seguimiento adecuado y no dejar desatendido las necesidades de los supervivientes de cáncer.

Capítulo I

Pacientes Oncológicos

1.1. Cáncer: aspectos generales

1.1.1. Definición, diagnóstico, clasificación.

Definición.

El cáncer es una enfermedad que no se encuentra sola, debido a que poco a poco se va asociando a una serie de procesos clínicos, teniendo como base una gran proliferación anormal de células, que se van esparciéndose por todo el cuerpo, generalmente por invasión y metástasis.

El cáncer es el nombre dado a las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Las células de cáncer también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático (Instituto Nacional del Cáncer, 2015).

Muchas investigaciones señalan que el cáncer es principalmente una enfermedad genética, causado por cambios y transformaciones en los genes que se encargan de controlar las áreas del funcionamiento celular especialmente el proceso de crecimiento y división. Estos problemas genéticos pueden darse por herencia de los padres o por un daño del ADN causado por impacto. El funcionamiento de los procesos de las células cancerosas son menos especializadas que de las células normales debido a que las normales maduran y entran en el proceso de muerte celular, y las células cancerígenas no intervienen en este proceso, es decir, no maduran; pero tienen una gran influencia en las células normales pues pueden generar en ellas una producción de vasos sanguíneos para crecimiento de un tumor, muchas de las células cancerígenas se esconden frente

al sistema inmunitario usándolo indirectamente para crecer y vivir (Instituto Nacional del Cáncer, 2016).

Diagnóstico.

El cáncer puede ser diagnosticado a cualquier edad depende que tipo de cáncer se desarrolle; como se sabe el crecimiento de las células cancerosas pueden hacer metástasis por lo que es importante la detección temprana del mismo, es decir, en sus etapas iniciales debido a que da paso a una variedad de opciones para el tratamiento, se debe tomar en cuenta que en algunos casos de las etapas iniciales se presentan signos y síntomas en un porcentaje mínimo. Existen muchas pruebas que nos llevan a un diagnóstico formal de la enfermedad descartando cualquier cuestionamiento dado por algún síntoma parecido a otro de sus tipos, dentro de las pruebas existentes según el instituto nacional de cáncer (Instituto Nacional del Cáncer, 2016):

- Pruebas de laboratorio: la importancia radica en que existen muchas sustancias que se encuentran en el cuerpo que denotan una anomalía por sus niveles bajos o altos de concentración, estas sustancias los podemos encontrar dentro de los exámenes de sangre y orina, pero no son las pruebas definitivas que nos pueden llevar a un diagnóstico formal, pero si es una guía para encaminarnos hacia la misma.
- Estudios de imagen: son importantes debido a que muestran las partes internas del cuerpo y su morfología, dentro de estas encontramos Tomografía computarizada (TC), Exploración nuclear, Ecografía, Resonancia magnética (RM), Tomografía por emisión de positrones (TEP), Rayos X.
- Biopsias: es un proceso donde se extrae el tejido de alguna parte del cuerpo que se encuentre en sospecha de ser un tejido canceroso, se puede hacer mediante cirugía, aguja o endoscopio.

Clasificación.

Según Cruzado (2010) existen más de 150 tipos de cáncer, debido a la afección de las células el cáncer se clasifica en:

- **Carcinomas:** cáncer de pulmón, mama y colon cumplen con el 85% de los tipos de cáncer estos recubren las superficies tanto externas como internas de los órganos afectados formando parte del tejido epitelial del mismo.

- **Sarcomas:** este tipo de cáncer se origina de los tejidos de sostén o llamados tejidos blandos como los huesos, cartílagos, músculos y la grasa. El sarcoma es de tipo blando estos se originan de los músculos, tejido nervioso y su vez en los vasos sanguíneos. Este tipo de cáncer no es muy común. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2016)

- **Linfomas:** este cáncer se origina principalmente del tejido inmunológico en los ganglios linfáticos de esto proviene el nombre del mismo, se clasifican en linfoma no Hodgkin y Hodgkin.

- **Leucemias:** este cáncer proviene de la médula ósea y se acumulan a lo largo del torrente sanguíneo son células inmaduras, y atacan a los órganos productores de sangre.

1.1.2. Prevalencia y epidemiología del cáncer en el mundo.

A lo largo de los años las enfermedades han ido expandiéndose e invadiendo la vida de muchas personas alrededor del mundo algunas con un impacto muy significativo y otras poco a poco haciéndose significativas a pesar de no serlas en años anteriores; el cáncer se ha convertido en la segunda causa de muerte en el mundo. Inicialmente se presentaron 14.1 millones de casos nuevos de cáncer, para el 2030 será más de 20 millones; en relación a las muertes por cáncer se refleja cantidades de 8.2 millones, este dato es muy significativo dentro de las estadísticas; otros

análisis muestran que existen 32.6 millones de personas viviendo con cáncer, dentro de este se toma en cuenta las personas que se encuentran dentro de los 5 años desde su diagnóstico (Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 GLOBOCAN, 2012).

En el año 2012, dentro de las regiones menos desarrolladas las cifras de incidencia del cáncer es 57% (8 millones) de casos nuevos de cáncer, 65% (5.3 millones) de las muertes por cáncer y 48% (15.6 millones) de los casos prevalentes de cáncer en los últimos 5 años.

De la misma manera se presta atención a varios factores para el análisis de la incidencia uno de ellos es el sexo, siendo el 25% más alto en los hombres (205 casos) que en las mujeres (165 casos), por cada cien mil, estos datos pueden variar en las diferentes regiones del mundo.

En cuanto a la mortalidad, “hay menos variaciones regionales por incidencias, siendo los índices 15% más altos en las regiones más desarrolladas que en las menos desarrolladas en los hombres, y 8% más altos en las mujeres. En los hombres los índices son los más altos en Europa Central y Oriental (173 por cada 100,000) y los más bajos en África Occidental (69). A diferencia, las incidencias más altas en las mujeres se dan en Melanesia (119) y en África Oriental (111), y las incidencias más bajas se dan en Centroamérica (72) y en el Centro-Sur de Asia (65)” (Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 GLOBOCAN, 2012). Por otra parte en el 2015 el cáncer ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad, cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos. Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos son los siguientes: Pulmonar (1,69 millones de defunciones), Hepático (788 000 defunciones), Colorrectal (774 000 defunciones), Gástrico (754

000 defunciones), Mamario (571 000 defunciones). Todo esto está vinculado a resultados estadísticos del mundo como se puede notar (Organización Mundial de la salud (OMS), 2017).

Además de todo lo mencionado anteriormente es importante señalar que los datos de incidencia y mortalidad por cáncer varían enormemente respecto de su magnitud y calidad a nivel internacional, que se generan desde países con base poblacional con capacidad de abarcar un análisis de alta calidad de datos, a lugares donde todos los datos extraídos son muy limitados, llegando incluso a zonas donde los datos son inexistentes. Se toma en cuenta los análisis de una potencia mundial como Estados Unidos que en relación a las estadísticas generales el Instituto Nacional de Cáncer señala:

El número de casos nuevos de cáncer (incidencia del cáncer) es de 454,8 por cada 100 000 hombres y mujeres por año (con base en casos de 2008 a 2012). El número de muertes por cáncer (mortalidad por cáncer) es de 171,2 por cada 100 000 hombres y mujeres por año (con base en datos de muertes de 2008 a 2012). El número de personas que están viviendo más allá de un diagnóstico de cáncer llegó a casi 14,5 millones en 2014 y se prevé que aumente a cerca de 19 millones para 2024. Cerca de 39,6 % de mujeres y hombres recibirán un diagnóstico de cáncer en algún momento de sus vidas (con base en datos de 2010 a 2012) (Instituto Nacional del Cáncer, 2016).

En España, disponen de los datos publicados por la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), de acuerdo con estos datos, el número total de nuevos casos de cáncer en España en 2015 fue de 247.771 (148.827 en varones y 98.944 en mujeres). Los tipos de cáncer más frecuentemente diagnosticados en el año 2015 fueron colon-recto (41.441 casos), próstata (33.370 casos), pulmón (28.347 casos), mama (27.747 casos) y vejiga (21.093 casos) (Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2017).

En el Ecuador según, un proyecto de la Organización Mundial de la Salud, se estimó que en el año 2012, “en Ecuador la incidencia de cáncer en hombres fue de 162 por 100.000 habitantes, por encima de países como Perú (140,9) o Venezuela (146,9), pero por debajo de Brasil (231,6) o Cuba (250,8).” En 2013, se estima que se presentaron 134,9 casos de cáncer en mujeres y 125,9 casos en hombres por cada 100.000 habitantes, según proyecciones del Registro Nacional de Tumores (Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 GLOBOCAN, 2012).

Dentro de la ciudad de Cuenca el Instituto de Cáncer en el periodo 1996-1999 la incidencia en mujeres fue de 168 por 100.000 mientras que en hombres fue de 145,5, de la misma manera para los años 2005-2009 fue de 166,6 y 156,2 por 100.000 respectivamente, al igual que en todo el mundo los indicadores de disminución en mujeres y aumento en hombre pertenezca a factores como los programas de prevención, económicos o ambientales (Sociedad de lucha contra el cáncer SOLCA, 2015).

1.2. Etiología del cáncer.

1.2.1 Factores biológicos que influyen en el cáncer

El cáncer es una enfermedad que causa una alteración en las células, a través de varios estudios se conoce que esta enfermedad puede aparecer de una manera inesperada sin tener un factor específico, pero a su vez puede tener varios factores que influyen en la aparición del cáncer, transformándose en factores de riesgo, estos factores pueden ser biológicos, físicos o químicos convirtiéndole en una enfermedad multifactorial, pero a pesar de conocer estos factores no se ha encontrado una causa específica ni el por qué unas personas lo poseen y otras no (Die Trill, Die Trill, & Herrera Linde, Psico - Oncología, 2003).

En esta parte se describe los factores de riesgo divididos en dos grupos: los factores modificables, en los que se trabaja e interviene para que exista una prevención adecuada de los mismos y de esta manera reducir la probabilidad de iniciar una enfermedad maligna, y los factores no modificables debido a que son características propias del ser humano.

Según Die Trill (2003) los factores modificables son la influencia del consumo de tabaco y alcohol, una dieta inadecuada, la exposición a radiaciones ultravioletas y agentes cancerígenos, la falta de actividad física y una dieta poco adecuada.

- **Tabaco:** el humo del tabaco causa muchos efectos dañinos no solo a nivel atmosférico si no a nivel ambiental en general, en el humo del tabaco se liberan miles de toneladas de sustancias tóxicas y gases de efecto invernadero, las industrias del tabaco dan numerosos efectos dañinos que produce deforestaciones, cambio climático, basura, incendios forestales causantes de riesgos para el medio ambiente y la salud de las personas que habitan; en los cultivos de tabaco son utilizados mucho fertilizantes químicos generadores de dificultades en la salud ambiental, principalmente en países de ingresos bajos donde no existe una reglamentación y control adecuado, además de esto los residuos de esta producción contiene 7000 sustancias tóxicas alguna de ellas cancerígenas para las personas (Organización Mundial de la salud (OMS), 2017).

- **Exposición a radiaciones ultravioletas (UV):** actualmente se percibe cambios climáticos que afectan, no solo al área de la salud si no en forma general, la incrementación de los rayos ultravioletas a lo largo de los años produce cambios en la piel, especialmente a las personas que les gusta solearse o tener su piel bronceada, varias investigaciones demuestran que existen múltiples riesgos asociados con el desarrollo de cáncer de piel, principalmente la exposición a los rayos UV. De la misma forma, la sensibilidad de la piel puede ser un factor

de riesgo significativo para desarrollar esta enfermedad. El instituto de cáncer nacional en el 2014, estima que 1.169.351 personas viven con melanoma de la piel en los Estados Unidos, que es el cáncer causado por los rayos UV. Existen dos tipos de cáncer de piel: melanoma maligno cutáneo o carcinoma de células basales y melanocíticos o cáncer de células escamosas (Die Trill, Die Trill, & Herrera Linde, Psico - Oncología, 2003).

- Agentes cancerígenos: son las exposiciones que generan los espacios contaminados como las industrias estas ponen en contacto a los empleados con sustancias tóxicas y dañinas para el cuerpo, además de esto la contaminación que las grandes fábricas generan para el medio ambiente (Die Trill, Die Trill, & Herrera Linde, Psico - Oncología, 2003).

- Dieta: los factores relacionados con la ingesta de alimentos representa el 30-35% de riesgo para el desarrollo del cáncer por lo que la dieta marca una gran importancia en la aparición de cáncer. Los factores estudiados van desde macronutrientes hasta los micronutrientes. Según varias investigaciones se conoce que la ingesta excesiva de grasas totales y saturadas es un factor muy alto para el desarrollo de cáncer como el de mama, colon y recto, próstata, pulmón y endometrio. Por el contrario una ingesta de fibra obtenida en una diversidad de alimentos reduce este riesgo. “Las modificaciones beneficiosas en el consumo de alimentos y nutrientes, el consumo de alcohol, el peso corporal y la actividad física, se podrían prevenir entre el 29,3% y el 40,6% de los tumores maligno” (Serra Majem, García Segovia, Sánchez Villegas, & Doreste Alonso, 2004). Por estas razones, es importante implementar una dieta adecuada para evitar la aparición de cáncer.

Es por esto que la dieta tiene que ser un foco de atención para prevenir un desarrollo de cáncer.

Factores no modificables:

Edad: es un factor altamente influyente en el desarrollo de esta enfermedad. Como referencia del mismo muchos estudios y estadísticas demuestran que el cáncer aparece en una etapa de desarrollo avanzada, la edad media de un diagnóstico de cáncer es de 66 años, se da una especificación de acuerdo a los tipos de cáncer relacionados a la edad con patrones semejante, la edad media al momento del diagnóstico es de 61 años para el cáncer de seno, 68 años para el cáncer Colorrectal, 70 años para el cáncer de pulmón y 66 para el cáncer de próstata; a pesar de esto se sabe que el cáncer puede aparecer a cualquier edad y tendrá mucha intervención en esto el tipo de cáncer y los cuidados adecuados preventivos (Instituto Nacional del Cáncer (NIH), 2015).

Genética: el cáncer es una enfermedad adquirida con base genética. En Madrid en el año de 1999, se realizaron investigaciones que descifraron unidades de ADN de un cromosoma, este avance permitió descubrir un total de 455 genes que en su mayoría se asocian de una manera significativa a enfermedades como la leucemia. El cáncer es una enfermedad que interviene en la genética pero muchas veces de diferente forma, es decir, pueden adquirirse a lo largo de la vida por errores en el ADN, debido al fallo de la división celular, cuando el cuerpo se ve expuesto a factores como radiaciones, sustancias químicas y rayos UV antes mencionados. Además las personas pueden poseer el síndrome hereditario del cáncer que según el Instituto nacional de cáncer, son enfermedades que predisponen a la persona a poseer cierto tipo de cáncer para lo cual puede realizarse los estudios correspondientes.

1.3. Tratamientos en la enfermedad oncológica

Existen tratamientos que se usan de acuerdo al tipo y a la gravedad del cáncer que se desarrollan en las personas. “Se estima que la resección quirúrgica produce 62% de las curaciones, radioterapia 25% y quimioterapia 4% mientras que la combinación 9%” (García Granados, Arrieta Rodríguez, & Hinojosa Gómez, 2016).

1.3.1. Cirugía.

Este tratamiento es eficaz, puesto que las estadísticas demuestran que la mayoría de pacientes se curan a través de esta. El papel que cumple la cirugía tiene varias funciones como la profilaxis, diagnóstico, evolución y control, este tratamiento se usa generalmente en cáncer de mama, pulmón, estómago, tiroides, esófago, hígado, páncreas, colon, entre otros. Esta intervención permite examinar con exactitud la parte que se encuentra con la enfermedad y de esta manera extraer indicadores para el tratamiento completo. A pesar que esto cause en el paciente un impacto emocional debido a la modificación estética y funcional, en lo cual interviene la ayuda psicooncológica. La cirugía es muy favorable y mucho más cuando se encuentra vinculada con los demás tratamientos puesto que los mejores tratamientos son una combinación de los mismos (Die Trill, Die Trill, & Herrera Linde, Psico - Oncología, 2003).

1.3.2. Quimioterapia

Es un tratamiento del cáncer que está basada en la aplicación de fármacos con efectos fuertes y con alta toxicidad para el cuerpo, con el objetivo de destruir las células cancerígenas que causan daño, así mismo por la elevada toxicidad pueden causar daño también a las células sanas. En este tratamiento es indispensable comprender los principios de crecimiento tumoral, las bases

de la farmacología, se puede utilizar en este tratamiento un solo fármaco o una combinación de varios tipos. Según Cruzado (2010) la quimioterapia puede ser adyuvante, que es una intervención con tratamiento después de una cirugía para prevenir nuevas apariciones de tumores o ser una quimioterapia neoadyuvante para reducir el tamaño del tumor y poder aplicar una cirugía o tratamiento local y finalmente una quimioterapia paliativa con el objetivo de mejorar la calidad de vida y alargar la misma.

Como se expresa con anterioridad, los fármacos administrados son fuertes y altamente tóxicos para las células sanas por lo que este tratamiento causa una serie de efectos secundarios según la dosis de administración, los más frecuentes son alopecia, astenia, infecciones, pérdida del apetito, náuseas, vómito, diarrea y llagas. Estos efectos desaparecen a medida que el tratamiento es administrado con una duración de una o dos semanas posteriormente, cada vez y con menos impacto (Cruzado, 2010).

1.3.3. Radioterapia

La terapia con radiación es un tratamiento efectivo para el cáncer es llamada también radioterapia como su nombre lo señala. Esta usa radiaciones en el lugar donde se encuentra la enfermedad para destruir o disminuir el tamaño de los tumores, la radiación se da en forma de ondas electromagnéticas, es decir, rayos UV, ondas de radio, luz visible, rayos gamma, entre otros. La radiación se divide en ionizante y no ionizante. En este caso la radioterapia usa la ionizante para fines curativos, paliativos o adyuvantes en tumores benignos o malignos, y su tratamiento depende de factores como el tipo de cáncer o tumor, la localización, la edad, historia médica, entre otros. También este tratamiento causa efectos secundarios en los pacientes, los más comunes son las quemaduras en la piel de la zona que está siendo tratada, estos causan

sensibilidad, prurito y enrojecimiento. Además de estos efectos puede causar astenia (García Granados, Arrieta Rodríguez, & Hinojosa Gómez, 2006).

1.3.4. Trasplante de médula

Autotrasplante o quimioterapia de altas dosis y rescates con precursores hematopoyéticos se obtienen a partir de sangre periférica con o sin crio preservación. Este es un tratamiento médico no es una cirugía como un sin número de personas lo creen. El objetivo es eliminar las células neoplásicas mediante altas dosis de quimioterapia y de esta manera recuperar la función medular gracias a las células madres del propio paciente. Esta intervención maneja altas dosis de fármacos que son más tóxicos que en una quimioterapia normal. Tienen la probabilidad de causar muerte a los pacientes (Carreras, 2016). Por otro lado, existe el trasplante de médula con ayuda de un donador, el que el objetivo primordial es eliminar el sistema hematopoyético que se encuentra enfermo (síndrome mieloproliferativo, leucemias, inmunodeficiencias y trastornos metabólicos) y remplazar por un sistema completamente sano. Desde el punto de vista inmunológico, el trasplante de médula ósea es un tratamiento que presenta una exigencia elevada por el riesgo que conlleva y por sus resultados. Este consiste en el remplazo del sistema inmunológico enfermo por otro sano que corren el riesgo de ser rechazados mutuamente. Por esta razón la intervención debe llevarse a cabo en base a los requisitos del paciente y su donador. Se necesita un donante que sea lo más parecido, por no decir idéntico, se le aplica un sin número de pruebas para comprobar esta compatibilidad, una de ellas es: la prueba de antígenos; el cultivo celular mixto enfrentando las células donante-receptor. Al culminar el trasplante de médula “el paciente queda sumido en una profunda deficiencia inmunitaria que lo hace proclive a toda clase de infecciones especialmente de gérmenes oportunistas y de virus. Por este motivo, el paciente

debe aislarse dentro de una asepsia absoluta, en la cual hasta sus alimentos deben pasar por autoclave. Habrá que hacer transfusiones de plaquetas según la necesidad y transfusión de granulocitos tantas veces sea necesaria para controlar la infección” (Segura, 1986).

1.4 Etapas del proceso de la enfermedad y efectos secundarios

Según Cruzado(2010) el paciente con cáncer inicia su proceso de la enfermedad desde que se detecta el tumor o algún daño en las células, esto generalmente se da en centros médicos ambulatorios para ser remitido a otros centros especializados. Las fases del procesos de la enfermedad con relación a su atención son: detección del riesgo hereditario, detección precoz y diagnóstico, tratamiento, pos tratamiento y cuidados paliativos.

Detección del riesgo hereditario: se realizan exámenes para detectar si el paciente es portador de cierta mutación en los genes que predisponen a un cáncer hereditario, Cruzado(2010) cita al Consejo Genético Oncológico que indica que en esta etapa se le informa al o a la paciente del riesgo de padecer cáncer y de transmitir a otras generaciones, además de las prevenciones que se debe tomar en cuenta.

Detección precoz y diagnóstico: es importante considerar que en los últimos años la detección precoz de los tipos de cáncer como el de mama, próstata o colon aumentan de una forma representativa la posibilidad de curación de esta enfermedad así como el control adecuado del mismo. Existen muchos síntomas que pasan desapercibidos como la tos o el cansancio que duran poco tiempo activo y posteriormente disminuyen. Algunos síntomas del cáncer incluyen pérdida de peso, cansancio, fiebre, cambios en la piel, y dolor; pero los mismos dependen del tipo de cáncer que posee la persona, pues se manifiestan indistintamente por ejemplo cambios en la evacuación o funciones de la vejiga hace referencia a colon o próstata respectivamente, no

cicatrización o problemas con la piel (Asociación Americana de Cáncer, 2016). Para todos estos síntomas existen pruebas que permiten un diagnóstico eficaz con muestras que serán extraídas del paciente mediante biopsias, PAP, mamografía y rayos X (Cruzado, 2010)

En relación con la parte psicológica del paciente vinculado con el diagnóstico generan efectos secundarios debido a que la comunicación de este tiene un papel fundamental para el siguiente paso del proceso que es el tratamiento. La mala comunicación influye en el paciente negativamente y vincula con la familia de la misma manera. Existen investigaciones que manifiestan que el recuerdo está en función de la complejidad de la información transmitida así como del impacto emocional de la misma, es decir, a mayor simplicidad y a mayor impacto emocional, mejor recuerdo (Vidad, et al, 2007).

Tratamiento: como se menciona anteriormente, existen varios tipos de tratamiento oncológico, entre ellos: la radioterapia, quimioterapia, cirugía. Estos son los más utilizados y a su vez causan efectos secundarios notables para el pacientes debido al malestar que provoca la toxicidad de los medicamentos en las quimioterapia y las radiaciones en la radioterapia, causando vómito, náuseas, diarrea, estreñimiento, intenso dolor de cabeza y decaimiento en general, síntomas que la persona que posee la enfermedad no está acostumbrada. A pesar que el dolor termine, los síntomas colaterales del tratamiento empeoran la adherencia que tiene el paciente al tratamiento.

Desde el punto psicológico es importante fomentar una adherencia adecuada al tratamiento para que no afecte emocionalmente al paciente, se debe trabajar considerablemente en relación a los factores que dificultan la adherencia. Estos factores son:

Los estados emocionales negativos o la falta de motivación, los sentimientos negativos sobre la enfermedad, la baja autoeficacia, las expectativas sobre los resultados, las alteraciones

psiquiátricas, la discapacidad, la deficiencia de conocimientos sobre la enfermedad, sobre el tratamiento y sobre los resultados del mismo, discapacidad física causada por la enfermedad, duración del tratamiento; dosis del medicamento, dificultades para seguir el régimen terapéutico y deterioro cognoscitivo (Palacios Espinosa & Vargas Sterling, 2011).

Postratamiento: Ésta es la última etapa de los pacientes que entran en remisión desde el diagnóstico esto es generalmente para los pacientes que han tenido una intervención quirúrgica, es la etapa donde inicia la rehabilitación de los pacientes, en otras palabras, donde empieza a disminuir los síntomas o efectos colaterales, no existe más la caída de cabello e inicia la recuperación donde cada vez se incrementa la energía. En general se restituyen todas las secuelas que deja el tratamiento; después de esto se elabora un plan de seguimiento y revisiones dependiendo del tipo de cáncer por el que transitó (Cruzado, 2010).

Cuidados paliativos: después de un proceso extenso de tratamiento, los pacientes entran en un estado en el cual la enfermedad se encuentra progresiva, avanzada e incurable; los síntomas que presenta son intensos, sin disminuir con un tratamiento básico y posteriormente ocurre lo que a todos los pacientes les atemoriza, el tiempo limitado. Este desencadena un impacto no sólo en el área médica, sino también en el área psicológica tanto para el paciente como para la familia.

El objetivo de los cuidados paliativos es encontrar y conseguir el máximo bienestar para el enfermo y sus familiares, también implica controlar los síntomas que provoquen dolor, dificultades para respirar y la fatiga, el mantenimiento de actividades del paciente, el estado emocional debe ser positivo y con un afrontamiento adecuado. Conjuntamente se debe informar al paciente y a sus familiares sobre el control, el manejo y atención de la espiritualidad (Die Trill, Psico - Oncología, 2003).

1.5. Psicooncología

1.5.1 Impacto emocional

El cáncer es una enfermedad que conlleva grandes cambios, desequilibra la vida del paciente, de sus familiares y de sus relaciones interpersonales. El paciente al saber que posee la enfermedad experimenta pérdidas en las áreas profesionales, escolares, dentro del cumplimiento de roles (madre, padre, hijo, etc.), así como una pérdida de su autoestima y autonomía (Scharf, 2005).

Por otro lado el cáncer induce en los pacientes un alto malestar emocional que afecta al funcionamiento cognitivo, conductual, social y espiritual, que provoca estados de ansiedad y depresión, con la posibilidad de transformarse en trastornos, con la prevalencia de 15 al 23% de ansiedad y 23 al 35% de depresión (Cruzado, 2010).

El impacto que produce el cáncer en el paciente depende de una variedad de factores, diversas investigaciones indican que uno de estos factores es la edad, debido a que mientras más joven sea el paciente su respuesta genera un nivel alto de ansiedad y requiere información puesto que tiene más centrado el sentido de autoestima, fertilidad, cuidado de sus hijos, proyectos de vida, responsabilidades en el hogar y situación económica. Por el contrario las personas mayores responden con niveles reducidos de ansiedad y con frecuencia indefensión. Además de este factor, tiene una gran influencia el apoyo familiar y social, dando como consecuencia la vulnerabilidad psicológica (Cruzado, 2010).

Estudios revelan que el factor más importante es la fase de la enfermedad por la que atraviesa el paciente; de la misma forma las emociones percibidas tienen una intensidad y duración determinada, ésta depende de las estrategias que dispone la persona para enfrentarlas.

Según Scharf (2005) las fases diagnósticas por las que transita el paciente son tres: la primera es el diagnóstico de cáncer, en el cual el impacto emocional del paciente se presenta con incertidumbres no sólo de él, sino a su vez de la familia, las reacciones más predominantes son: la ira, negación, culpa y desesperación, detonan ansiedad, sintomatología ansiosa, depresiva y de malestar emocional clínico durante el transcurso de la enfermedad y en sus fases posteriores. El 30% de pacientes oncológicos presentan sufrimiento intenso acompañados de algunos trastornos psicológicos que son imprescindibles de recibir atención psicológica especializada. Las repercusiones de un diagnóstico de cáncer llegan a considerarse un inicio de trauma capaz de desencadenar un posible trastorno por estrés postraumático. La siguiente fase es el tratamiento, éste desencadena problemas dentro de las alteraciones en la autoestima, en el área sexual, y las fobias a los aparatos y medicamentos usados en este, además de los efectos colaterales que causan los medicamentos como se explica anteriormente.

La fase de supervivencia que es en la que se enfoca este estudio, comienza cuando el paciente llega libre de tratamiento y de enfermedad. Según Die Trill (2003) algunos autores señalan que no existe un momento concreto en el que se produzca la curación y se pase de ser enfermo a ser superviviente, por los síntomas que pueden alargarse por un tiempo debido a los efectos del tratamiento previo y las secuelas físicas, sociales y psicológicas que la enfermedad haya podido generar. El impacto emocional causa malestar que puede ser significativo principalmente su temor a las recidivas, con menos impacto la preocupación por los síntomas y sentimiento de daño físico, además las alteraciones en la imagen corporal que ocurre principalmente en personas que han tenido tumores de cabeza, cuello y mastectomía. La depresión es la consecuencia más común del cáncer y la más estudiada y oscila entre el 8 por 100-66 por 100 dependiendo del tipo de cáncer y el tratamiento que se efectuó, pero el autor indica que existen muchos resultados de

investigaciones que indican que en esta fase de supervivencia los niveles de depresión son muy parecidos a los de la población en general (García Torres, Alós Cívico, & Pérez Dueñas, 2016).

Anguiano, Mayer, Piven y Rosentein (citados en García Torres, 2016) hacen referencia al gran impacto de la depresión generando ideas suicida, el miedo a la recurrencia de la enfermedad y un riesgo de muerte más elevado.

Además de la depresión, existe la presencia de ansiedad en la persona superviviente de cáncer pero esto va a ser desarrollada por varios factores importantes como la edad, los niveles de esperanza y optimismos, el nivel socioeconómico, nivel educativo y un apoyo social bajo (García Torres, Alós Cívico, & Pérez Dueñas, 2016).

Es importante tomar en cuenta el síntoma de estrés postraumático, que es el tema principal en ese estudio, pues las personas supervivientes presentan una variedad de señales que pueden desencadenar un trastorno de estrés postraumático (TEPT), debido a que el paciente se ha expuesto a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y que a su vez está relacionado con hechos que representan un peligro real. Edmonson (citado en García Torres, 2016) indica que se detecta síntomas de TEP entre 10-44 por 100 de los supervivientes al cáncer.

Capítulo II

Trastorno de Estrés Postraumático y Personalidad

2.1 El Estrés Postraumático

El término Estrés Postraumático se hizo público a partir de 1980, establecido como una dificultad aguda emocional, que se origina frente a un hecho exagerado que ha sido experimentado por un individuo, sean estos hechos: desastres naturales, accidentes de tránsito, ataques terroristas, pérdidas de seres queridos o materiales, malos hábitos, enfermedades catastróficas, todo tipo de violencia, que trastornan a la persona tanto en su fase afectiva como cognoscitiva, sobre todo cuando tiene noción de dominio de sí mismo, de su entorno físico y el de creerse inmune; las reacciones de este estrés son fatales, debido a que le dificultan instaurar el hecho en el conocimiento propio. “El trastorno de estrés postraumático (TEPT), se caracteriza por una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiper alerta en respuesta a un acontecimiento traumático, el que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad” (Carvajal, 2002).

2.1.1 Orígenes e investigaciones sobre el estrés

El estrés actualmente es un término usado en todos lados y que abarca un significado o una respuesta para muchos problemas de salud que se posee a lo largo de la vida del ser humano, por esta razón es necesario saber el concepto de estrés de una manera acertada para que no existan definiciones que puedan confundir diagnósticos.

Para Piña (citado en Galán Cuevas & Everardo, 2012) Stress, en inglés es un término aprobado por la Real Academia de la Lengua en 1970 y traducido a estrés que corresponde a un sustantivo masculino, que en el campo de la medicina es conceptualizado como una reacción que denota una situación. Es importante saber que el estrés no tiene su origen a partir del campo psicológico sino que tiene una característica inicial de la física usando la palabra *strain*, siendo un objeto o cuerpo inactivo deformado por fuerzas ambientales. Sin embargo, esta palabra fue utilizada mucho en el campo de la biología por algunos autores, Selye (citado en Galán Cuevas & Everardo, 2012) conceptualizaba al estrés en relación a la biología como una reacción del organismo, una vez que este entraba en contacto con agentes nocivos del ambiente, los que proporcionaban una diversidad de reacciones de defensa.

A inicios del siglo XX, el término estrés empieza como resultado de estudios fisiológicos, de donde se desprende el estrés como efecto orgánico y físico ante estímulos externos o internos; este mismo concepto cuando la Psicología se abre como ciencia ajusta el estudio del estrés en los estímulos como responsables del efecto, resultado o consecuencia (Lopez Fernández & Pérez Quintana, 2004).

En la actualidad, existe un gran interés sobre el estudio del estrés y el impacto que tiene en los individuos en las diferentes áreas de su vida. Una persona padece de estrés o fatiga cuando su actitud no es la adecuada frente a circunstancias negativas que le suceden.

Para dar una definición de estrés es importante mencionar que existen diferentes enfoques y definiciones del término estrés, siendo entendido según Sandín (citado en González Ramírez & Landero Hernández, 2006) como:

Una respuesta del individuo, es decir, la activación simpática, liberación de catecolamina o cortisol, ansiedad, ira, etc. En este caso el estrés actúa como variable dependiente; como un

fenómeno del entorno externo como la estimulación dolorosa, ruido, discusión, entre otros, en cuyo caso el estrés se considera variable independiente y por último una interacción (transacción) entre el individuo.

El estrés psicológico es definido por Lazarus y Folkman (citado en González Ramírez & Landero Hernández, 2006) como “una relación particular entre un individuo y su entorno que es evaluado por el propio sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. Esta teoría se le conoce como teoría transaccional del estrés e indica que para que una respuesta de estrés se ejecute deben existir condiciones, tanto internas como externas y de la forma que se relacionen estas condiciones generará la aparición de estrés. Es lo que da la explicación de que cada individuo es capaz de reaccionar de diversas maneras ante un estímulo igual, dependiendo de los antecedentes vivenciales de cada persona.

Por otro lado, una persona es capaz de presentar estrés solo si la acción que experimenta pone en riesgo el compromiso de una meta importante o transgrede expectativas altamente valoradas. Sin embargo se han efectuado experimentos confiables que han tenido grandes resultados pero no han podido desencadenar una teoría única debido a la gran variedad de eventos estresores (Lazarus, 2009).

2.1.2 El origen psicológico del estrés postraumático en el cáncer

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) dio sus inicios a partir de los acontecimientos de la segunda guerra mundial, con el nombre de Shell shock en 1941 y no es hasta el 2012 que se refieren a este trastorno como neurosis de guerra, haciendo referencia a los síntomas de activación fisiológica interna y re-experimentación de las escenas traumáticas en soldados combatientes, finalmente después se centró en el nombre de estrés postraumático.

Según el DSM-IV el inicio del TEPT se da cuando la persona ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona, además de esto la reacción producida debe generar una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión (American Psychiatric Association , 1994). “Habitualmente los sucesos desencadenantes suelen ser la catástrofe, los accidentes, el diagnóstico de enfermedades graves o las agresiones causadas intencionalmente por otras personas (violaciones, terrorismo, maltrato familiar)” (Echeburúa, de Corral, & Amor, 1998).

En el transcurso de las investigaciones y los resultados obtenidos el TEPT ya no tiene límite, al referirse que este trastorno puede aparecer solo en ex combatientes, personas torturadas, supervivientes de terrorismo y mujeres agredidas sexualmente, sino que, tuvo más extensión e incluye otros factores como violencia familiar, accidentes de tráfico e incluso las personas diagnosticadas de enfermedades mortales o incurables (Echeburúa, de Corral, & Amor, 1998).

Según Rothbaum (citado en Echeburúa, de Corral, & Amor, 1998), es importante saber que dentro de este cuadro clínico existes factores iniciales e importantes que son la reexperimentación de la agresión sufrida o de la experiencia vivida, en forma de pesadillas, imágenes y recuerdos constantes e involuntarios; además de esto interviene la evitación conductual de lugares o situaciones que tengan algún vínculo con el acontecimiento traumático, las respuestas de hiperactivación demostradas en problemas de sueño, irritabilidad y concentración.

En la última versión del manual de los trastornos psiquiátricos DSM-V hace referencia a que una persona desarrolla TEPT cuando se encuentra involucrada de manera directa o indirecta en un evento de amenaza de muerte real, lesiones graves o violencia sexual, algunas veces las personas pueden presentar reacciones disociativas o de despersonalización, el malestar es intenso

y prolongado con presencia de reacciones fisiológicas marcadas ante un estímulo ya sea internos o externos (American Psychiatric Association, 2013). Al igual que en el DSM-IV el DSM-V presenta evitación persistente así como alteraciones negativas en la cognición, alteración marcadas en la activación y reactivación del evento (Vargas Salinas & Libenson, 2017).

En España, la prevalencia de TEPT es del 1.95% siendo más en mujeres que en hombres con un 2,79% y 1,06% respectivamente. (García Torres, 2015). Con un índice muy parecido a los de España en México se reporta un 1,4%, siendo el índice alto en mujeres con el 2,3% y en los hombres el 0,49%, en México la causa de la aparición de TEPT en mujeres es la violencia física por parte de la pareja, violaciones, persecución y acoso. El abuso sexual, violencia interpersonal en masa, desastres naturales, accidentes, violaciones, delincuencia, crimen organizado y violencia doméstica son los eventos traumáticos más relevantes (Vargas Salinas & Libenson, 2017).

2.1.3 Estrés postraumático en supervivientes del cáncer prevalencia y respuestas.

El TEPT es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población general, tiene una prevalencia de vida entre el 5 y 10%, siendo el cáncer de mama el más estudiado en pacientes supervivientes, seguido por linfoma no Hodgkin y en la leucemia; existen estudios que demuestran que las mujeres sometidas a trasplante de médula tienen mayor presencia de TEPT (Cimadevila, 2003).

A pesar que los pacientes supervivientes de cáncer generen un alto índice de ansiedad están vulnerables a desarrollar síntomas de TEPT, se detecta este trastorno en 10-44 por 100 de los supervivientes al cáncer. Existe otro grupo de personas que a pesar que no cumplan con los criterios diagnóstico de TEPT presentan un alto índice de alteraciones funcionales relacionados

con dichos criterios; el TEPT tiene una relación con una amplia variedad de factores que pueden dar inicio a este diagnóstico, por ejemplo la desesperanza, el tipo de personalidad C, la evitación cognitiva y las estrategias de afrontamiento (García Granados, Arrieta Rodriguez, & Hinojosa Gómez, 2016).

Abbey y Smith (citados en García Granados, Arrieta Rodriguez, & Hinojosa Gómez, 2016) indican que los supervivientes de cáncer que atraviesan por una comunicación de diagnóstico en un estadio más avanzado y que han finalizado el tratamiento recientemente presentan un nivel mayor de los síntomas de TEPT y de la misma manera los supervivientes sometidos a tratamientos con quimioterapia tiene una mayor incidencia de síntomas. Este trastorno está muy vinculado con depresión y ansiedad, una mala calidad de vida, un nivel socioeconómico bajo y la falta de trabajo recalando la importancia de conocer que si la persona desarrolló previamente al cáncer una enfermedad mental es más vulnerable al desarrollo de estos síntomas.

Para Smith (citado en García Granados, Arrieta Rodriguez, & Hinojosa Gómez, 2016) se debe tomar en cuenta la persistencia con relación al tiempo de los síntomas de TEPT una vez culminado el tratamiento del paciente, debido a que estudios determinan que los síntomas se pueden volver crónicos con el tiempo y se tornan clínicamente significativos hasta después de 5 años de culminar el mismo.

Se comprobó que los síntomas de TEPT están íntimamente relacionados a un mayor miedo a que vuelva ocurrir nuevamente la enfermedad por parte del superviviente y que esta tenga una progresión, además de esto la reacción insatisfactoria con relación a los cuidados y el apoyo (García Granados, Arrieta Rodriguez, & Hinojosa Gómez, 2016).

Hakamata, Matsuok y Inagak (2007) realizaron estudios donde utilizaron como instrumento la resonancia magnética en 14 supervivientes al cáncer y que poseían los síntomas de TEPT y los

resultados obtenidos los compararon con pacientes que no poseían TEPT y la población en general. Los resultados fueron: los supervivientes con TEPT tenían menos volumen de materia gris del córtex orbito frontal, que es el área cerebral relacionada con la extinción de condicionamiento, miedo y memoria emocional; lo que muestra el por qué los supervivientes del cáncer tienen TEPT.

2.1.4 Criterios diagnósticos para los trastornos de estrés postraumático según el DSM-V

La característica esencial del trastorno de estrés postraumático es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos. La presentación clínica de este trastorno varía, algunas personas se basa en la reexperimentación del miedo, y el predominio de los síntomas emocionales y de comportamiento. Serían más angustiosos la anhedonia o los estados de ánimo disfóricos y las cogniciones negativas. En otros individuos sobresale la excitación y la internalización de los síntomas reactivos, mientras que en otros predominan los síntomas disociativos.

Los síntomas traumáticos son, aunque no se limitan a estos, la exposición a la guerra como combatiente o civil, la amenaza o el asalto físico real, las amenazas o el abuso sexual real, ser secuestrado o tomado como rehén, los ataques terroristas, la tortura, el encarcelamiento como prisionero de guerra, desastres naturales o humanos, accidentes de tráfico graves. Sin embargo no se considera necesariamente traumáticos las afecciones médicas potencialmente mortales o las enfermedades debilitantes. Los incidentes médicos que se califican como traumáticos son eventos trágicos repentinos como el despertarse de una cirugía.

El acontecimiento traumático se puede experimentar de diversas maneras normalmente el individuo tiene recuerdos intrusivos del evento de forma recurrente e involuntaria. Los recuerdos

intrusivos se distinguen de la rumiación depresiva en que solo se refieren a los recuerdos involuntarios. El énfasis está en la memoria recurrente del evento que suele tener componentes de tipo sensorial, emocional o fisiológico, la reexperimentación está asociada a los principales peligros que acompañan al evento traumático, además de esto el individuo puede presentar estados disociativos que duren desde segundos hasta varias horas, comportándose como si el suceso estuviera ocurriendo ese momento. El individuo al estar expuesto a situaciones similares al acontecimiento se produce en él un malestar psicológico intenso o una reactividad fisiológica.

Los estímulos asociados al trauma se evitan persistentemente es decirse aleja de los pensamientos, los recuerdos y los sentimientos y de la misma manera de todas las actividades que le provoquen los pensamientos.

Pero también las alteraciones cognitivas pueden darse es decir no recordar algunas partes del evento traumático lo que corresponde a la amnesia disociativa y no a un traumatismo de la cabeza; sin dejar de lado que puede generar también el individuo las alteraciones cognitivas propias es decir culparse así mismo por lo sucedido, marcando una actitud de aislamiento una leve participación por las actividades antes placenteras.

Los individuos con estrés postraumático pueden presentarse agresivos verbal y físicamente al tener o no provocación, también puede practicar conductas autodestructivas, peligrosas o tener conductas suicidas.

2.1.5 Factores del trastorno de estrés postraumático más notorios en pacientes supervivientes de cáncer

Existen muchos supervivientes que desarrollan trastorno de estrés postraumático pero de la misma manera existen personas en las que se observa síntomas de este trastorno; varios

investigadores respecto al tema señalan que con frecuencia se encuentran síntomas como la hiperactivación y pensamientos evitativo e intrusivos, además de esto la presencia de flash back o recuerdos visuales intrusivos relacionados con la muerte; la enfermedad en sí y la muerte de los familiares que anteriormente habían muerto con la misma enfermedad (Cimadevila, 2003).

Para García Torres (2015) los síntomas que se presentan en los supervivientes se agrupan en tres categorías:

1. Los pensamientos intrusivos y re experimentación, que aparece entre el 16-28% e incluyen pensamientos y sueños relacionados con la enfermedad los mismos que surgen sin voluntad del paciente y un alto malestar que provoca el recuerdo del cáncer, las imágenes se presentan de forma recurrente relacionadas no solo con el diagnóstico, si no, con el tratamiento en forma de flash back o pesadillas
2. Embotamiento emocional y evitación de recuerdos, que aparece entre el 15% y 34% de los supervivientes e incluye evitar pensar y recordar sobre la enfermedad, sienten que el cáncer no es realidad y finalmente la supresión activa de los pensamientos relacionados al cáncer.
3. Hipervigilancia: fisiológica aparece en 25% de supervivientes y es un poco controversial el diagnóstico de este síntoma debido a que la falta de concentración o el insomnio puedan ser efecto colateral de los medicamentos.

De la misma manera Cimadevila (2003) indica que los síntomas intrusivos y evitativos presentan una alta prevalencia en supervivientes de la enfermedad no Hodgkin, sin dejar de lado la presencia de problemas que generan malestar psicológico y sexuales con un nivel de prevaecía elevado, la motivación por reactivar las relaciones íntimas en el superviviente de cáncer es muy baja. Además de esto, investigaciones señalan que en los supervivientes de cáncer

de mama que tienen una prevalencia de 5-19% existen niveles elevados de pensamientos intrusivos y evitación, así mismo problemas del sueño.

2.2 Personalidad

En este apartado se busca encontrar las características individuales en el campo de la personalidad, como ésta se vincula con el estrés postraumático y la oncología. Sabiendo que los mecanismos para afrontar el cáncer y el desarrollo del trastorno de estrés postraumático posteriormente están generados por el paso del impacto y por el tipo de enfermedad. La teoría más importante en la que se basa este estudio es la Eysenck, puesto que para este autor “tanto los hábitos de vida como las enfermedades están determinadas, en última instancia, por la personalidad” (Eysenck, Eysenck, & Barrett, 2010).

2.2.1 Tipos y características de personalidad

En el estudio de la personalidad ha existido un abordaje bastante amplio, debido a que varios profesionales (psiquiatras, psicólogos clínicos, especialistas en selección de personal, criminólogos, trabajadores sociales, entre otros), se han interesado en este tema, por lo que existen una variedad de definiciones de personalidad según el enfoque que tenga el autor ya sea conductual, psicoanalítico, diferencial, humanista, etc. Además de tomar en cuenta los enfoques cabe recalcar que las teorías de la personalidad están integradas dentro de cada uno de estos modelos por ejemplo: el modelo de Eysenck (en el cual está centrado nuestro estudio) que tiene 3 factores, el de Cattell de 16 factores o el de MaRae y Costa de 5 factores. Es necesario saber que la terminología, el significado y el uso de palabras en cada una de las teorías varían, lo que es ansiedad para algunos autores para otros será estrés (Andrés, 2016).

La estructura de la personalidad está basada en un conjunto de factores psicológicos dentro de la persona, básicamente de esta idea parten todas las teorías psicológicas, “estos factores psicológicos pueden denominarse de muchas maneras como instintos, deseos, motivos, creencias, intereses, actitudes, emociones” (Andrés, 2016). De esta manera surgieron los rasgos de la personalidad, según Hogan (citado en Andrés, 2016) son características dispuestas hasta que se pueda efectuar la evaluación persistente de la personalidad. Hay que tomar en cuenta que antes de hablar de rasgos se inició con los tipos de personalidad que antiguamente tenían una gran importancia, estos tipos de personalidad hace referencia a la relación y pertenecía que tiene el sujeto a varios tipos o categorías, tomando en cuenta que existe una diferencia marcada entre las teorías de rasgo y tipo. El rasgo es una propiedad común de todos los individuos distribuidos de manera desigual, es decir todos los seres humanos tenemos cierto grado de ansiedad, originalidad, depresión; distinguiéndonos por la cantidad de rasgos mayoritaria que posea una persona.

Existen muchos enfoques referidos al tipo, pero estos proponen limitar el número de categorías, estos han sido propuestos desde la antigüedad como lo hemos mencionado. Se debe tomar en cuenta que con relación a esta teoría se necesita un pequeño número de tipos para describir a toda la gente. Jung (citado en College, 2003) realizó una distinción entre introvertidos que son las personas que dirigen su atención hacia el interior, es decir se centran en sus propios pensamientos y estados, de la misma forma, los extrovertidos que dirigen su energía y atención al exterior, hacia la gente y las experiencias del mundo. Jung es el pionero en realizar esta clasificación, al hablar de la importancia de tomar en cuenta los elementos tanto conscientes e inconscientes, con un enfoque psicoanalista.

Por otro lado la personalidad es definida como:

Una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema más o menos estable y duradero de la conducta conativa (voluntad) de una persona; el temperamento, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta afectiva (emoción); el intelecto, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta cognitiva (inteligencia); el físico, su sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina (Eysenck, Eysenck, & Barrett, 2010).

Eysenck realiza las investigaciones persistentes basadas en la concepción de Jung y llega a definir 3 tipos niveles con una mejora a la estructuración de las mismas, de este modo habla de extraversión, neurotisismo y psicotisismo.

Eysenck habla de personas introvertidas, las cuales podrían desarrollar trastornos tipo neurótico como distímicos, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, con relación al DSM-IV (American Psychiatric Association , 1994); y de extrovertidos, que podrían padecer de trastorno tipo histérico como trastorno somatomorfos y disociativos. Eysenck en (citado en Schmidt, 2010) un individuo extravertido es: sociable, vivaz, activo, asertivo, buscador de sensaciones socializadas, despreocupado, dominante, espontáneo y aventurero; destacó dos rasgos centrales en esta dimensión: la sociabilidad y la actividad.

El neurotisismo se relaciona con el padecimiento de trastornos neuróticos tanto histéricos como distímicos, de la misma manera una persona que tenga alto neurotisismo es: ansioso, deprimido, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo, con baja autoestima y sentimientos de culpa.

Eysenck incorpora el Psicotisismo (P), apareciendo este término en 1952, relacionada entre la normalidad y la psicosis, tomando en cuenta a dos tipos de psicosis la esquizofrenia y maniaco-depresivo. Un individuo con alto P es: agresivo, hostil, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo,

antisocial, creativo, rígido y poco empático. Un individuo con bajo P es: altruista, empático, responsable, socializado y convencional (Schmidt, 2010).

2.2.2 Factores que influyen en la personalidad

Existe una amplia influencia hacia la personalidad, es por eso que tanto la parte externa y la parte interna se ven involucradas en la formación de ésta, en el ambiente las situaciones marcan una oportunidad para satisfacer las metas o amenazas, que requiere la adaptación de una persona. Una de las grandes influencias es la parte biológica, razón por la que se puede notar que en los primeros años de vida existen niños que presentan una personalidad serena, energéticos, etc. dando una pauta explicativa de que la personalidad está dada por genética. Pero se debe tomar en cuenta el término temperamento, debido a que son estilos consistentes de comportamiento y de reacciones emocionales, que se encuentran presentes desde la infancia debido a las influencias biológicas. Algunas de las primeras teorías modernas, incluidos los enfoques biosociales de McDougall y Murphy (citado en Cloninger, 2003), afirmaron que la biología influye en la personalidad. Freud y otros psicoanalistas creyeron que la biología es la razón primaria del porqué los sexos difieren en la personalidad.

Por el contrario Horney (citado en Cloninger, 2003) propuso que “la cultura era más importante que la biología como determinante de las diferencias femeninas-masculinas, y los enfoques conductistas de la personalidad por lo general niegan la importancia del temperamento”. Por último, la ciencia resuelve tales debates mediante la investigación empírica. Cattell (citado en Cloninger, 2003) realizó investigaciones dando resultados referido al impacto que tiene la herencia sobre la personalidad.

En otros estudios relacionando la personalidad con el cáncer en los años 80, Eysenck se centra en el cáncer uniendo, por un lado, al efecto inoculación y, por otro lado, a sus variables de personalidad. Afirma que el estrés crónico posiblemente tiene un efecto de comunicación contra el cáncer, mientras que el estrés agudo podría facilitar la aparición del mismo. En 1985 al plantear su modelo de las relaciones entre Personalidad y Cáncer indica que las personas que obtuviesen una puntuación alta en neurotisismo y baja en extroversión estarían menos predispuestas a padecer cáncer (Ibañez, 1997; Dresch, 2008).

Históricamente a lo largo del tiempo muchas investigaciones generaron resultados basadas en la adquisición de una defensa psíquica en pacientes oncológicos, Bahnson y colaboradores (citados en Biondi, 1992), se dieron cuenta que en los pacientes con cáncer existe el uso frecuente de mecanismos de defensa frente a situaciones estresantes o conflictivas añadiendo a esto otras investigaciones dadas por Schanmale (citado en Biondi, 1992), quien indica que las personas que poseen cáncer pulmonar, de mama y uterino presentaban una baja tendencia al neurotisismo, baja capacidad introspectiva, comportamientos rígidos, convencionales pero sobre todo una dificultad para manifestar sus propias emociones (Vinaccia, 2003).

Eysenck (citado en Vinaccia, 2003) refiere a las características de una persona con comportamientos tipo C que hace referencia a actuar de una forma “sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflicto, supresores de emociones, como la ira o la ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión” (p.164).

En el presente estudio se toma en cuenta la correlación existente entre personalidad, cáncer y trastorno de estrés traumático, debido a que en los últimos años los estudios de Eysenck y Grossarth-Maticek (citados en Orejudo, Malo, & Parga, 2004), tuvieron un gran impacto

mostrando los resultados de investigaciones en que reflejan una íntima relación entre el tipo de personalidad de reacción al estrés y el padecimiento de algunas enfermedades; todos estos estudios dan énfasis señalando 4 tipos de personalidad de los cuales dos se relacionan con enfermedades delegadas por Eysenck. Tipo uno con el cáncer, tipo dos con las enfermedades coronarias, mientras que el tipo tres y cuatro serían saludables; sin embargo en las últimas versiones de la tipología se incrementan el tipo cinco de predisposición a la depresión y cáncer, finalmente la seis que es protector al cáncer pero de predisposición al uso de drogas y conductas antisociales.

Existen variables con relación a los tipos de dimensiones de la personalidad, el neurotismo, extraversión, y psicotismo que han sido frecuentemente estudiadas y correlacionadas principalmente entre el neurotismo y los cuatro tipos, siendo favorables esta correlación para el tipo con cáncer (1) y enfermedad coronaria (2), además el psicotismo se asocia principalmente con el tipo de enfermedad coronaria (2) y el tipo de protector frente al cáncer (6). Con relación a los estilos de afrontamiento del estrés, el tipo saludable (4) resalta por las estrategias orientadas al problema mientras que los tipos insanos se orientan a la evitación o la emoción (Orejudo, Malo, & Parga, 2004)

Según Eysenck (citado en Orejudo, Malo, & Parga, 2004), hay tres dimensiones relacionadas a la personalidad y a la fundamentación biológica, que se relacionan con el padecimiento de ciertas enfermedades y la protección frente a otras, la concordancia de los puntajes elevados en neurotismo y psicotismo se vinculan con el riesgo para enfermedades cardiovasculares y protección frente al cáncer, por otra parte la extraversión se asocia a cáncer y protege del riesgo cardiovascular.

De la misma manera los estilos de afrontamiento que en estos estudios son considerados mediadores del estrés se han vinculado con la personalidad, tomando en cuenta que las personas con tipos de personalidad diferentes pueden ser más propensas a elegir determinadas estrategias de afrontamiento. Así en diferentes estudios, las personalidades propensas a la enfermedad según la tipología de Eysenck y Grossarth-Maticek tiene una íntima relación con las estrategias orientadas a la emoción y la evitación (Orejudo, Malo, & Parga, 2004).

Ampliando la teoría de la tipología de personalidad para el presente estudio, Cruzado (2010) indica que la personalidad tipo C, que es caracterizada por la evitación y la negación de emociones, así como la falta de expresión emocional, falta de asertividad, sumisión y aceptación de la autoridad externa, es negativa para la adaptación psicológica a la enfermedad.

Capítulo III

Métodos de evaluación y análisis de resultados

Herramientas utilizadas

3.1 Test Evaluación global del Estrés (EGEP)

La evaluación global del estrés postraumático (EGEP) es un autoinforme en español que permite corroborar la sintomatología postraumática y el diagnóstico del Trastorno estrés postraumático en adultos.

- La aplicación de la EGEP permite obtener información sobre los siguientes aspectos :
 - Historia de acontecimientos traumáticos.
 - Gravedad de los síntomas, incluyendo los contemplados en los criterios diagnósticos, así como otros síntomas no recogidos en ellos (denominados síntomas clínicos subjetivos).
 - Numero de síntomas postraumáticos presentes.
 - Diagnóstico de trastorno estrés postraumático.
 - Especificación del trastorno (si se trata de TEP crónico o agudo y si es de inicio demorado).

Estructura de la EGEP

Se compone de 64 ítems ligados a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y a la evaluación de los denominados síntomas clínicos subjetivos. La escala se estructura en 3

secciones que hacen referencia a la evaluación de los acontecimientos traumáticos experimentados, a la sintomatología presentada por el evaluado y a la presencia de alteraciones en su funcionamiento respectivamente.

Sección 1: Acontecimientos

Se evalúa la experimentación del acontecimiento traumático de acuerdo al criterio A1 y A2 del DSM-IV-TR.

Se le pide a la persona que indique los acontecimientos traumáticos que le han sucedido, que ha presenciado o que le han sucedido a alguien cercano, y que indique a continuación cuál de ellos es el que le ha causado o le sigue causando más malestar, y que realice una descripción del mismo. Además en el ítem 15 se le pide que marque cuando experimentó el acontecimiento por primera vez, para determinar si ha tenido lugar el último mes o con anterioridad. Esta información valora el criterio A.

En los demás ítems se le pide que se caracterice la experiencia traumática atendiendo a su gravedad, si ocurrió de manera recurrente, como se sintió y qué tipo de amenaza supuso para ella. Las respuestas a los ítems 17, 18 y 19 acerca de si el acontecimiento se experimentó con miedo, indefensión u horror permiten valorar el cumplimiento del criterio A2.

Sección 2 Síntomas

Los primeros ítems contenidos en esta sección (ítems 28 a 55), evalúan los distintos tipos de síntomas recogidos en los criterios B, C y D e incluyen, además, un grupo adicional de síntomas clínicos subjetivos, para valorar otra sintomatología postraumática no recogida hasta esta edición de los criterios diagnósticos.

Los síntomas recogidos en esta sección de la EGEP se agrupan de acuerdo con los criterios que evalúan las siguientes escalas:

- Reexperimentación (R) (ítems 28 a 32): criterio B
- Evitación y embotamiento afectivo (E) (ítems 33 a 39): criterio C
- Hiperactivación (H) (ítems 40 a 44): criterios D
- Síntomas clínicos subjetivos (SCS) (ítems 45 a 53)

La persona deberá indicar si ha experimentado cada uno de los síntomas recogidos en esta sección mediante un formato dicotómico (si o no). Además, en aquellos síntomas que indiquen haber experimentado, deberá señalar que grado de molestias le ha ocasionado cada una de ellas, para lo que utiliza el formato de respuesta tipo Likert de 0 a 4, donde 0 es ninguna y 4 es extrema, con el objetivo de facilitar la adaptación de la EGEP a los criterios diagnósticos del DSM-V, así como también de proporcionar a los profesionales la mayor cantidad de información posible. Se incluyeron dos ítems nuevos en la fase final de desarrollo de la escala, con posterioridad a la tipificación, se trata de los ítems 54 y 55 que proporcionan información adicional sobre síntomas no recogidos en el DSM-IV-TR, cuya inclusión se plantea en el último borrador de los criterios diagnósticos DSM consultado con anterioridad a la publicación de la EGEP (APA, 2012).

El ítem 54 se incluyó para evaluar el criterio E2 del borrador del DSM- V, acerca de la presencia de comportamientos temerarios o autodestructivos. El ítem 55 se incluyó para evaluar el criterio D4 relativo a la presencia de un estado emocional negativo generalizado con miedo al horror, ira, culpa, o vergüenza. Los ítems 45 y 47 correspondientes a los síntomas clínicos subjetivos, permiten evaluar el criterio D3, para el DSM-V acerca de la culpa persistente relacionada con el acontecimiento.

Además de las escalas anteriores (R, E, H Y SCS), los síntomas de la EGEP pueden agruparse en dos escalas más globales:

- Total de síntomas postraumáticos diagnósticos (total), dado por los 17 ítems que conforman las escalas Reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e Hiperactivación.
- Total de síntomas postraumáticos y síntomas clínicos subjetivos (total más SCS): incluyen los ítems anteriores además de los referidos a los síntomas clínicos subjetivos. Está formado por 26 ítems.

Mediante estas dos escalas permite extraer una puntuación de intensidad de los síntomas postraumáticos que, al igual que sucedería en el caso de experimentación, evitación y embotamiento afectivo e Hiperactivación, consiste en una comparación de las puntuaciones del evaluado con la muestra normativa.

Al final de esa sección se incluyen los ítems 56 y 57, que hacen referencia a los parámetros temporales de la sintomatología, por lo tanto, permiten evaluar la duración de la misma (criterio E) y las especificaciones de cronicidad y de inicio demorado.

Sección 3 Funcionamiento

Evalúa el funcionamiento general del individuo y el grado en que la sintomatología presentada interfiere en el mismo. Está formada por 7 ítems que hacen referencia a las principales áreas de la vida del individuo (laboral, familiar, social) y está destinada a valorar el criterio F para el diagnóstico de TEPT.

La validación de la escala se desarrolló en base a la batería de evaluación ad hoc, que abarca la parte de evaluación psicológica autoaplicada y heteroaplicada que consiste en la entrevista diagnóstica internacional CIDI, que muestra una correspondencia total con criterios diagnósticos

de la clasificación DSM. Para la validación de la prueba se contó con 175 personas, mayores de edad, que habían estado expuestas a algún acontecimiento traumático, con una media de edad de 39,21 años, y mayoritariamente mujeres (70%). Todos ellos fueron evaluados de forma individual (Crespo & Mar Gómez, 2012).

La fiabilidad de la escala se estableció mediante el índice de consistencia interna, el coeficiente alfa de Cronbach. Los valores obtenidos, para cada uno de los ítems de intensidad de cada subescala y para las puntuaciones totales (considerando o no los síntomas clínicos subjetivos), son satisfactorios, ya que se ha encontrado en todos los casos valores superiores a .70. Siendo este valor el mínimo establecido como aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach (Robinson et al., 1991).

3.2 Test Eysenck EPQ-R

Carver y Scheier (citado en Eysenck H, 2008) refiere que el inicio de las teorías Eysenckianas de la personalidad hace hincapié en el nivel de las dimensiones definidas por estos autores, como agrupaciones de rasgos relacionados entre sí. De esa manera el concepto de dimensión (extraversión-intraversión, neuroticismo-estabilidad emocional), se postula porque en cada uno de estos casos existen una serie de rasgos relacionados entre sí, generando dimensiones correspondientes. De la misma manera los rasgos y las dimensiones son relativamente estables y duraderos. Se considera que estas dimensiones de personalidad están íntimamente ligadas con los mecanismos biológicos subyacentes, lo que convierte a esta teoría en un modelo biológico.

Sin embargo anteriormente, se expone que esta teoría está basada a su vez en un modelo biológico que debe ser entendido. De esta manera se presta atención al funcionamiento del cerebro de las personas y la respuesta a la ubicación en cada una de las dimensiones:

Extraversión (E): Eysenck y Eysenck (1985) propone la teoría de la inhibición, la cual al ser estudiada no resultó adecuada, pero más tarde él la modifica y propone la teoría de AROUSAL, la cual era capaz de manejar y dar respuestas de la teoría de la inhibición. La estructura capaz de explicar las diferencias individuales que existen en esta dimensión, es el sistema activador reticular ascendente(SARA), que no es más que, una estructura neuronal en forma de red que opera como una unidad encargada de provocar la activación generalizada del diencefalo y el cerebro (Eysenck H. , 2008).

De este modo según Eysenck los introvertidos se caracterizan por tener niveles altos de actividad en el circuito retículo-cortical, mientras que los extrovertidos se caracterizan por tener niveles bajos. Por lo tanto los extrovertidos menos activados, tienen la necesidad de más estimulación para llegar a niveles óptimos de arousal (NOA), por lo que la conducta extravertida sería consecuencia de esta búsqueda de activación mediante el contacto social, búsqueda de nuevas sensaciones o la actividad. Los introvertidos necesitan menor estimulación exterior para llegar al NOA, siendo más reservados en las situaciones sociales.

Neuroticismo (N): Eysenck coincide que la activación del sistema límbico, compuesto por el área septal, hipocampo, amígdala, cíngulo e hipotálamo, es la responsable de esta dimensión, es decir depende del grado de actividad del sistema límbico (emociones) para determinar si las personas son más o menos emotivas. En 1990 Eysenck usa el término activación, para referirse a la activación emocional y distinguirla de la activación de SARA. La diferencia de ésta dimensión con otras, van ligadas a la sensibilidad o umbral diferencial de la actividad límbica, pero es probable que aparezca en condiciones relativamente estresantes. Así mismo el estado actual de la investigación de esta dimensión es insatisfactorio.

Psicoticismo (P): Gray (1971) la relación biológica de esta dimensión carece de una base teórica lo suficientemente sólida, pero la agresividad, que es uno de los rasgos del P, podría venir determinada por la acción de las hormonas sexuales masculinas, que son los andrógenos en el cerebro, esta acción de la testosterona parece incidir en el desarrollo del hipotálamo y de la amígdala, regiones hipotetizada como integrantes del sistema de lucha y huida según (Eysenck H. , 2008).

Eysenck y Eysenck (citado en Eysenck, 2008), publican una versión revisada del EPQ (EPQ-R), de la que se ocupa el presente manual, en la que se pretende subsanar las principales deficiencias que presentaba la anterior escala. Básicamente eran estas: una baja fiabilidad y el bajo rango de puntuaciones. La nueva escala de psicoticismo (P) británica (está relacionada con la media, conforme P se aproxima a los polos alto o bajo, el número de personas con características extremas irá disminuyendo), ofrece índices de fiabilidad superiores, así como unas puntuaciones medias notablemente más altas que las de la escala P no revisada y finalmente, la asimetría de la distribución, aunque todavía existe, se ve considerablemente reducida. Eysenck toma en cuenta la extraversión (E) y el neuroticismo (N) como dimensiones que definen la personalidad, no solo el psicoticismo. De esta manera las personas pueden ubicarse en un punto de estas dimensiones que son evaluadas por el EPQ-R.

Para explicar mejor los rasgos de cada una de las dimensiones sus características se verán en la siguiente figura:

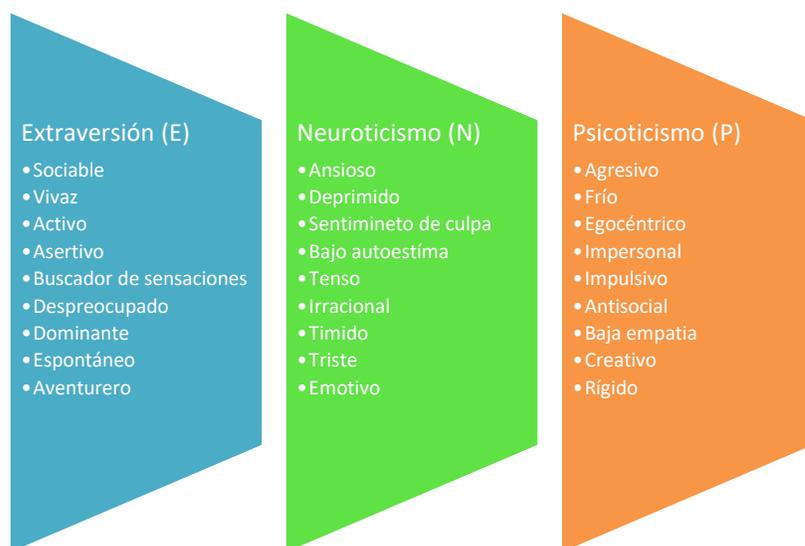


Figura 1: Características de las dimensiones

Con muchos propósitos diferentes, pero con el objetivo de dar a conocer los resultados del cuestionario a personas sin conocimientos de psicología, sería útil omitir términos psiquiátricos como neuroticismo y psicoticismo y remplazarlos por emotividad y dureza. Estos términos se consideran más aceptables, se usa como sinónimo de N y P.

Aunque este cuestionario no está específicamente diseñado para diagnosticar trastornos psiquiátricos, el señalar las predisposiciones neuróticas o psicóticas particulares de la persona puede ser de gran utilidad al tratar algunas áreas del problema. En el ámbito educativo existe una clara evidencia empírica, que indica que, las diferencias de la personalidad interactúan de una forma relevante con las asignaturas y estudios referidos a métodos de aprendizaje.

Para la corrección y puntuación de este instrumento se toma en cuenta la puntuación T guiadas por los baremos respectivos dentro de este manual. La interpretación vendrá dada primero por L, debido a que es la información relevante sobre el nivel de deseabilidad social, siguiendo por la puntuación E, N y P.

La validez de constructo de la prueba original se obtuvo mediante análisis factorial, para la validez convergente y discriminante se utilizaron cuestionarios de personalidad del mismo autor. La fiabilidad de las escalas se obtuvo mediante análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach) y mediante test-retest. Todos los coeficientes oscilaron entre 0,71 y 0,86 (Ibáñez, 1997). Para la elaboración del perfil se toma en cuenta cinco categorías de clasificación de las puntuaciones T que son importantes (Eysenck H. , 2008).

Tabla 1
Puntuaciones T

VALOR T	CURVA NORMAL	ADJETIVOS
1-35	Muy bajo	Muy poco
36-45	Bajo	Poco
46-55	Promedio	Moderadamente
56-65	Alto	Bastante
66-99	Muy alto	Muy alto

3.3 Análisis de resultados

El estudio fue realizado con 41 pacientes, quienes concluyeron el tratamiento oncológico en el Instituto de Cáncer SOLCA de la ciudad de Cuenca. Fueron 12 hombres y 29 mujeres de entre 30 y 69 años con una media de 50.25 años (DE=11.40).

Fueron 6 individuos (14.63%) quienes padecieron algún tipo de linfoma y 35 personas (85,37%) con tumores malignos, 3 pacientes tuvieron linfoma no Hodgkin folicular, sin otra especificación, 17 de las 29 mujeres habían sido diagnosticadas con un tumor maligno de mama, además 5 personas con tumores en el estómago, los detalles se muestran en la **Tabla 2**.

Tabla 2
Diagnóstico de pacientes N=41

Diagnóstico	n	%
Enfermedad de Hodgkin con predominio linfocítico	1	2,4
Linfomas		
Linfoma de células T periférico	1	2,4
Linfoma no Hodgkin de células grandes (difuso)	1	2,4
Linfoma no Hodgkin folicular, sin otra especificación	3	7,3
Tumores		
En la columna vertebral	1	2,4
En la glándula tiroides	1	2,4
De mama	17	41,5
De los bronquios y del pulmón	1	2,4
En cerebelo	1	2,4
En el colon	1	2,4
Malignos		
En el cuello del útero	1	2,4
En el encéfalo	1	2,4
En el estomago	5	12,2
En los ovarios	3	7,3
En el recto	1	2,4
En los testículos	2	4,9

Análisis estadístico:

Los rasgos de personalidad se presentan mediante medidas de tendencia central y dispersión (Puntaje T), para una mejor comprensión se utilizó un diagrama de cajas y bigotes, además se clasifican por categorías las que se expresan con frecuencias absolutas. Los resultados de síntomas e incidencia de estrés post traumático se muestran en dos fases, inicialmente mediante columnas apiladas en donde se expresan frecuencias y posteriormente mediante medidas de tendencia central y dispersión. Debido al comportamiento de los datos se emplearon pruebas no paramétricas, se utilizaron el recurso estadístico H de Kruskal Wallis para la comparación entre intensidad de síntomas, además para determinar las relaciones entre rasgos de personalidad y síntomas se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman. El procesamiento de los datos se realizó en el programa estadístico SPSS 23 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2016, para tomar las decisiones se consideró una significancia estadística de 0.05.

Resultados:

Personalidad

El análisis reveló que la motivación por mostrar una personalidad socialmente aceptada (Escala L) en los participantes oscilaba entre 27 y 57 (puntuación T) con una media de 41.31, perteneciente al rango normal y una baja dispersión de datos ($DE=7.52$), $< 20\%$ de la media, por lo que al encontrarse estos valores dentro de los parámetros normales se incluyeron a todos los individuos en el estudio.

Se encontró que el nivel de “extraversión” de los pacientes oscilaba entre 27 y 66 con una media de 43.9 ($DE = 12.9$); en la “emotividad” se revelaron puntuaciones entre 31 y 73 con una media de 50.44 ($DE=11.4$), representando el rasgo predominante, finalmente en la “dureza” los

límites inferiores y superiores fueron de 27 y 57 respectivamente con una media de 46.34 (9.8).

Los participantes tenían muy poca extraversión y dureza, además que fueron 11 las personas con niveles muy altos de emotividad.

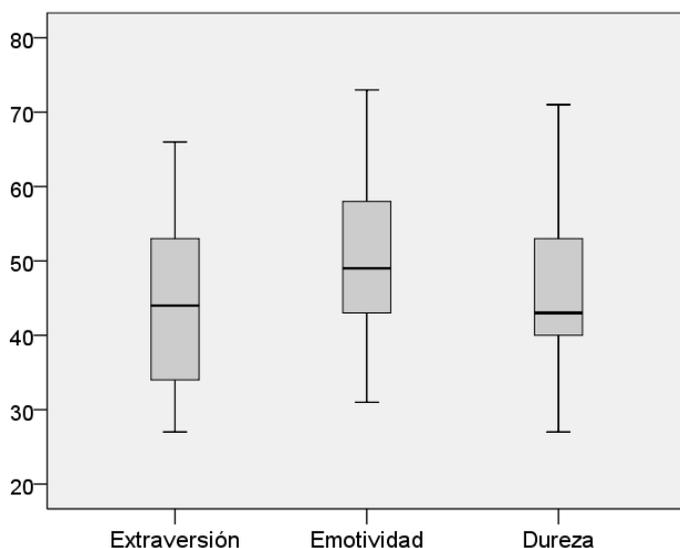


Figura 2: Puntuaciones de: extraversión, emotividad y dureza.

El diagrama de cajas y bigotes representa las puntuaciones obtenidas en cada rasgo de personalidad, las líneas horizontales delgadas representan los máximos y mínimos registrados, la línea horizontal gruesa muestra la mediana, la amplitud de las figuras muestran la dispersión de los datos.

Resultaron 14 personas con altos niveles de “extraversión”, 20 catalogadas como “emotivas” y 14 con “dureza” ($PT > 50$).

La **figura 3** demuestra que prácticamente la mitad de los participantes tenían muy poca extraversión y dureza, además que fueron 11 las personas con niveles muy altos de emotividad.

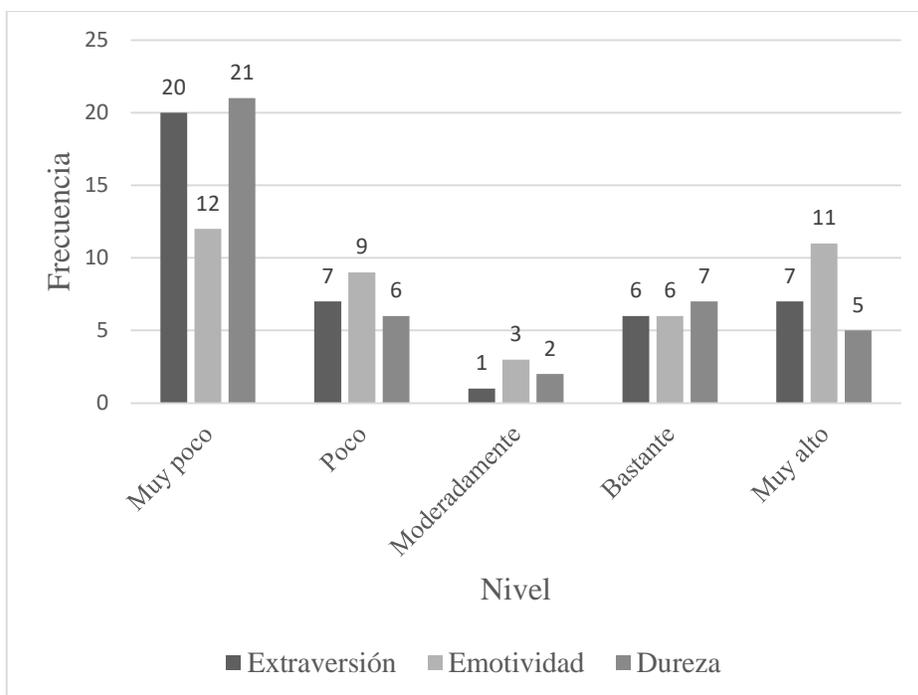


Figura 3: Distribución de rasgos de personalidad (Categoría)

Se muestra mediante columnas la frecuencia de personas en cada categoría según los rasgos de personalidad.

Estrés Postraumático:

Según las respuestas se encontró que 32 personas (78.05%) se habían expuesto a un acontecimiento traumático, fueron 36 pacientes (87.8%) quienes sufrieron reexperimentación, 28 (68.3%) evitación y 14 (34.1%) Hiperactivación. **Figura 4.**

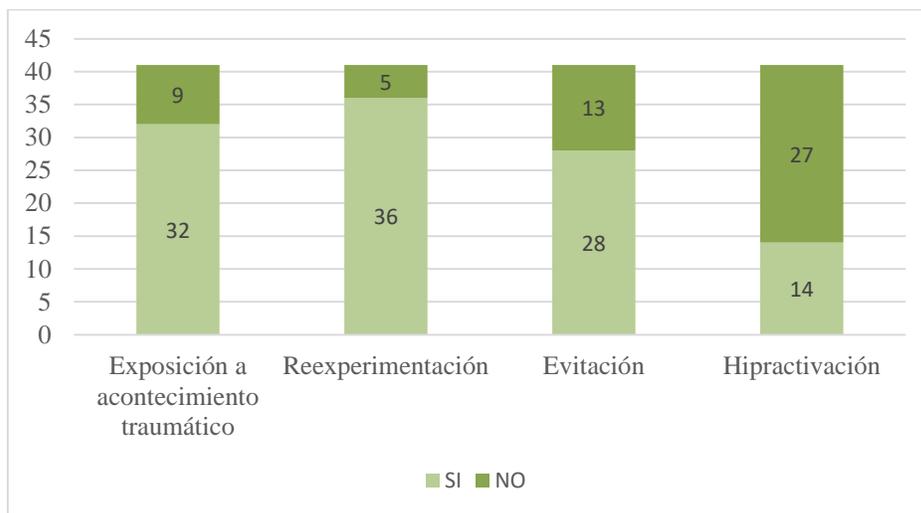


Figura 4: Sintomatología de estrés postraumático.

El gráfico de columnas apiladas muestra la frecuencia de incidencia de síntomas de estrés post traumático.

En la **figura 5**, se observa que en 24 individuos (58.5%), la duración de sus síntomas era superior a un mes, además en 36 personas (87.8%) han tenido un deterioro funcional ocasionado por los síntomas postraumáticos.

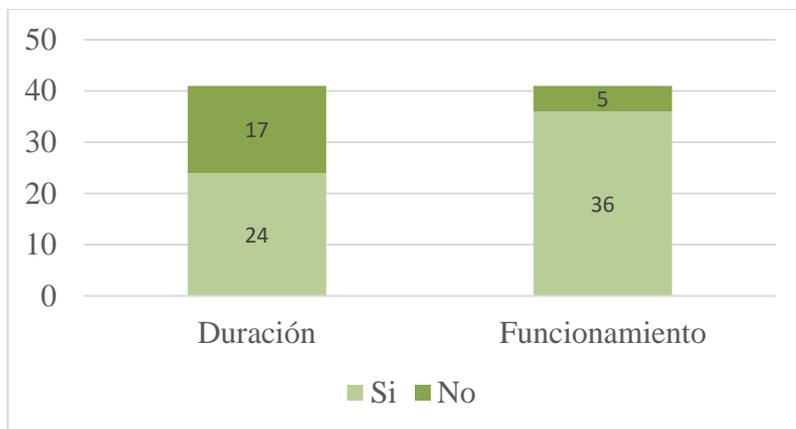


Figura 5: Duración y funcionamiento.

El gráfico de columnas apiladas muestra la frecuencia de incidencia de duración y funcionamiento.

La intensidad del síntoma de reexperimentación de las personas que lo padecían oscilaba entre el centil 3 y 50, perteneciendo a las categorías bajo y medio bajo respectivamente con una media de 15.1 (DE=8.1), la intensidad de la evitación por su parte tuvo variaciones entre 5 y 75, ubicándose en las categorías bajo y medio alto, con una media de 21.8 (DE = 12.6), finalmente la Hiperactivación se encontró entre 5 y 25, niveles bajo y medio bajo respectivamente, con una media 12.9 (DE=8.3); en la figura 6 se puede observar que la intensidad media de la evitación fue significativamente más alta que en la reexperimentación e Hiperactivación. ($p < 0.05$)

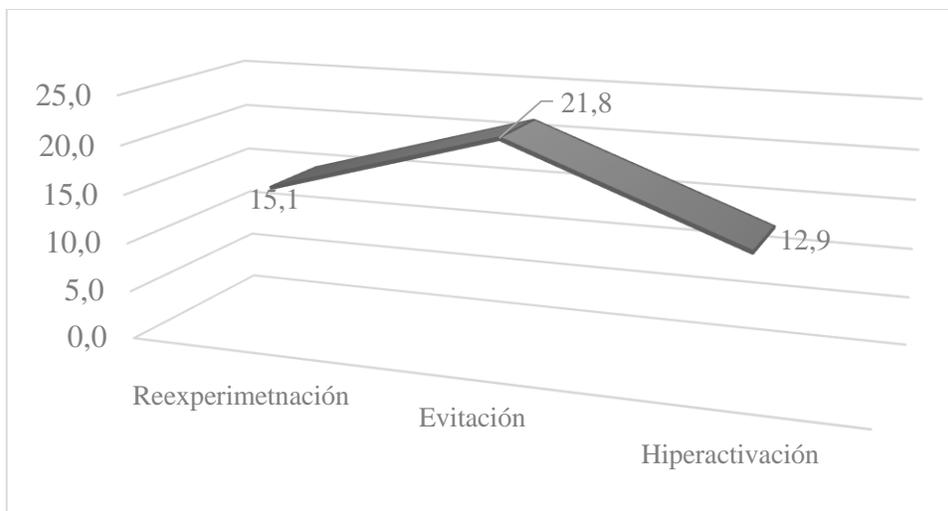


Figura 6: Niveles medios de síntomas de estrés post traumático.

En la figura se indican los niveles medios obtenidos en cada síntoma.

Se determinó que el 85.5% (n=33) de los participantes no presentaban estrés postraumático, 6 personas lo mostraban y de 2 pacientes no se tenía la información suficiente para determinarlo; La intensidad del trastorno de estrés postraumático en los pacientes que lo padecían tuvo variaciones entre 10 y 50 con una media de 20.83 y una alta dispersión de datos $DE=14.97$, ($> 20\%$ de la media), las intensidades se encontraron en los centiles pertenecientes a los niveles bajo y medio bajo.

Figura 7. No se encontraron pacientes con síntomas clínicos subjetivos.

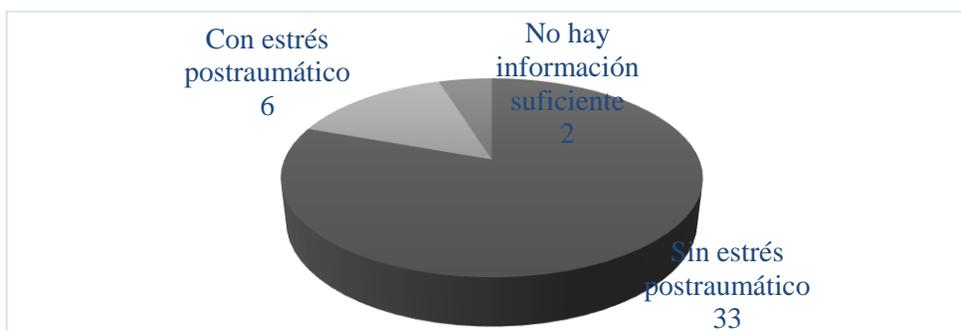


Figura 7: Incidencia de estrés postraumático.

En la figura se indica la frecuencia de personas presentes en cada condición

Relación de intensidad de síntomas de estrés post traumáticos con rasgos de personalidad.

En aquellas personas con reexperimentación positiva, no se encontró ninguna relación entre la intensidad de los síntomas del estrés postraumático y los rasgos de personalidad de los pacientes. ($p > .05$), detalles en la **Tabla 3**.

Tabla 3
Relación de rasgos de personalidad con reexperimentación positiva N=36

		Extraversión	Emotividad	Dureza
Intensidad R	Rs	-.165	-.047	-.288
	p	.337	.786	.089
Intensidad E	Rs	-.052	-.133	-.087
	p	.765	.439	.612
Intensidad H	Rs	-.196	.006	-.245
	p	.253	.970	.150

En aquellos pacientes con evitación positiva se encontró una relación inversa moderada ($p < .05$) entre la intensidad de reexperimentación y rasgo de dureza con un coeficiente de correlación de $-.413$, a mayor intensidad de reexperimentación menor dureza. Detalles en la **Tabla 4**.

Tabla 4*Relación de rasgos de personalidad con evitación positiva N=28*

		Extraversión	Emotividad	Dureza
Intensidad R	Rs	-.322	.072	-.413*
	p	.095	.716	.029
Intensidad E	Rs	-.120	-.125	-.183
	p	.544	.527	.352
Intensidad H	Rs	-.245	.095	-.232
	p	.208	.631	.234

Nota: relación significativa $p < .05$

Finalmente, en los individuos con Hiperactivación positiva se encontró una fuerte relación inversa, ($R_s = -.712$; $p < .05$) de la intensidad de la Hiperactivación con la extroversión, a mayor intensidad de Hiperactivación, menor extroversión. Detalles en la **Tabla 5**.

Tabla 5*Relación de rasgos de personalidad con Hiperactivación positiva N=14*

		Extraversión	Emotividad	Dureza
Intensidad R	Rs	-.346	.280	-.464
	p	.225	.332	.094
Intensidad E	Rs	-.354	.075	-.325
	p	.214	.799	.257
Intensidad H	Rs	-.712**	.280	-.318
	p	.004	.333	.268

Nota: relación significativa $p < .05$

Discusión

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) en supervivientes de cáncer, es un acontecimiento relevante que afecta de una forma significativa e intensa a los mismos, esto genera síntomas por un periodo de tiempo prolongado, lo que es un tema a tratar. Considerando que el objetivo central de este estudio es identificar la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en supervivientes de cáncer, los resultados de la investigación determina que el 85.5% (n=33) de los participantes no presenta el trastorno, siendo la mayoría de los pacientes. A pesar de esto, todos presentan algunos síntomas de TEPT, sin llegar a cumplir con todos los criterios para ser diagnosticados, sin embargo, 6 participantes cumplieron con todos los criterios para el diagnóstico de TEPT y de 2 pacientes no se tenía la información suficiente para determinarlo.

Dentro del DSM-V “no se consideraría eventos necesariamente traumáticos las afecciones medicas potencialmente mortales o las enfermedades debilitantes” (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014) a pesar de la afirmación de la Asociación Americana de Psiquiatría, el presente estudio refleja que, si bien no existe una alto índice de personas afectadas por TEPT, la presencia de este trastorno en una mínima cantidad de personas nos indican que este puede desarrollarse en superviviente con enfermedades debilitantes como es el cáncer . En los últimos años también han aumentado el número de publicaciones que describen la presencia de trastornos de estrés postraumático (TEPT) asociado a la experiencia de enfermedad oncológica entre los supervivientes. Se ha afirmado que del 0 al 32% de

supervivientes podrían experimentar TEPT (frente a un 1-4% en la población general)

(Rodríguez, Priede, Maeso, Arranz, & Palao, 2011).

De la misma forma Dentro del DSM-V (citado en García Torres, J. Alós, & Pérez Dueñas, 2015) la mayoría de los supervivientes no cumplen los criterios para un diagnóstico de TEPT, pero se observa la presencia de síntomas de TEPT, que se utilizan para realizar el diagnóstico; basados en los estudios de Smith, Jim HS y Jacobson (citados en García Torres, 2015) estos síntomas son agrupados en tres categorías, el primero la reexperimentación que aparece entre el 16-28% de los supervivientes al cáncer que incluye los sueños y pensamientos relacionados a la enfermedad, otro de los síntomas es la evitación que estima su aparición entre el 15-34% e incluyen la evitación de los recuerdos del cáncer, sentimientos de que el cáncer no es real y la supresión activa de los pensamientos relacionados con el cáncer. Por último la Hiperactivación fisiológica aparece en al menos un 25% de supervivientes. De la misma manera Rodríguez, Priede, Maeso, Arranz, & Palao, (2011), nos indica que los pensamientos intrusivos que hacen referencia a la reexperimentación son manifestaciones muy comunes dentro del desarrollo del trastorno de estrés postraumático en supervivientes del cáncer y además, “La agrupación de este tipo de síntomas incluye pensamientos recurrentes o angustiosos o sueños sobre el cáncer, y elevados niveles de angustia cuando se recuerda el cáncer” (Rodríguez, Priede, Maeso, Arranz, & Palao, 2011) Se estima que el 16% y 28% de los supervivientes al cáncer tienen una elevada cantidad de pensamientos intrusivos.

Con relación a la presente investigación, se encontró que 32 personas (78.05 %) se habían expuesto a un acontecimiento traumático que difiere de poseer TEPT, fueron 36 pacientes (87.8%) quienes sufrieron reexperimentación, 28 (68.3%) evitación y 14 (34.1%) Hiperactivación. Esto muestra una concordancia con los resultados obtenidos en las

investigaciones de Rodríguez en el 2011, teniendo en cuenta una similitud en el porcentaje alto del síntoma de reexperimentación por el que atraviesan los supervivientes (Rodríguez, Priede, Maeso, Arranz, & Palao, 2011). Pero existe una diferencia entre la aparición de síntomas en el estudio de Smith, debido a que el síntoma con porcentaje más alto, es la evitación, sin embargo no difiere con amplitud del porcentaje de aparición de la reexperimentación con los otros estudios comparativos, por lo que hay que tener en cuenta este síntoma, debido a que es un aspecto problemático dentro de la población estudiada.

Las etapas relacionadas a la experiencia traumática en relación al tipo de estrés como el diagnóstico inicial, la espera de resultados médicos y el tratamiento, englobando el malestar, las lesiones y la pérdida de integridad corporal. Estos aspectos deben ser foco de atención ya que durante el proceso de la enfermedad con el tratamiento se pueden presentar episodios agudos, lo que unido a las rutinas de seguimiento puede ser un factor que influya en la cronicidad de los síntomas de TEPT, en los supervivientes de cáncer posteriormente (García Torres, J. Alós, & Pérez Dueñas, 2015).

A pesar de esto dentro de la presente investigación se enfatiza la intensidad con que el síntoma se presenta, la intensidad media de la evitación fue significativamente más alta que en la reexperimentación e hiperactivación lo que hace relación a los resultados de Green (2000), en donde el síntoma de evitación (10%) es más alto que el de reexperimentación (8%) en mujeres que habían tenido cáncer de mama, este estudio concuerda con nuestra investigación debido a que dentro del mismo la mayoría de mujeres había sufrido tumor maligno de mama (Pérez Rodríguez, 2008).

Además de tomar en cuenta los síntomas predominantes de TEPT y la intensidad con la que ocurre en los supervivientes, otro de los objetivos es determinar cuáles son los rasgos

predominantes de la personalidad. El análisis reveló que 11 personas obtuvieron niveles muy altos de emotividad, pero muy poca extroversión y dureza. Dentro de los análisis científicos existe una relación de la personalidad que se presenta en los pacientes con cáncer, el patrón comportamental Tipo C, que se caracteriza según Eysenck (1994), por ser “sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflicto, supresores de emociones, como la ira o la ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión” (Vinaccia, 2003). Lo que concuerda con los resultados de la investigación debido a que son características de un rasgo alto de emotividad (neuroticismo). Pero además de estos rasgos en algunos casos puede estar implicado un factor de personalidad adicional, que es la impulsividad. Este rasgo, mediado por interacción genético-ambiental, influye sobre la exposición al estrés. Por lo tanto, los individuos que actúan con prisa y que asumen riesgos son más propensos a estar expuestos a experiencias estresantes que los que son cautelosos; los sucesos traumáticos tienden a suceder más a individuos con grados altos de neuroticismo, pero no necesariamente la exposición a factores estresantes va a generar un trastorno.

Otro de los objetivos específicos dentro de este estudio es la correlación que existe entre el trastorno de estrés postraumático y la personalidad en los supervivientes de cáncer, una de las dimensiones de personalidad más amplias y más básica fue originariamente descrita por Eysenck en 1990. Según Paris (2002), el neuroticismo describe una tendencia a reaccionar con una emoción fuerte a sucesos adversos, es decir, las personas que marcan un puntaje alto en esta dimensión son más sensibles al estrés, debido a que generan respuestas rápidas e intensas que se tornan difíciles y con lentitud para regresar al punto de estabilidad. Las puntuaciones altas en neuroticismo (utilizando el método de medición de Eysenck) constituyen un factor de riesgo para

el desarrollo de estrés postraumático. Por lo contrario, a los que tienen rasgos de neurotismo bajos, les es más fácil sobrellevar un evento estresante (Paris, 2002).

Sin embargo con relación a los síntomas de TEPT y la personalidad dentro de este trabajo de investigación se toma en cuenta que en aquellos pacientes con evitación se genera una mayor intensidad de reexperimentación, pero la dureza disminuye. Finalmente, en los individuos con hiperactivación positiva se encontró una fuerte relación inversa de la intensidad de la hiperactivación con la extroversión, es decir, a mayor intensidad de hiperactivación, menor extroversión haciendo una referencia con el estudio de Eysenck (1985) y su teoría de Arousal (NOA) que indica que la conducta extravertida sería consecuencia de esta búsqueda de activación mediante el contacto social. Referido a la correlación con el TEPT, la dimensión extrovertida se inhibe por el umbral de los síntomas de hiperactivación activación no se encontraron datos de alguna correlación con la emotividad (neuroticismo) y algún síntoma del TEPT (Eysenck H. , 2008).

Sin embargo a pesar de que no se encontró una relación de la emotividad con el TEPT, Bleiker (2000) indica que el patrón comportamental tipo C tiene relación con los síntomas de evitación e intrusión que constituyen los síntomas para el criterio diagnóstico de TEPT. Este patrón comportamental comprende la supresión de emociones negativas como el miedo, la tristeza y, fundamentalmente, la ira, así como las correspondientes conductas hostiles, asertivas o dominantes. Distintos autores han planteado la semejanza existente entre estas características, la supresión y embotamiento emocional que se producen en respuesta al trauma causado por el cáncer (Pérez Rodríguez, 2008). Partiendo de estas ideas Pérez Rodríguez (2008) indica en su estudio que en aquellos pacientes que mostraron una mayor ausencia de autonomía y asertividad, con dificultades para expresar abiertamente sus sentimientos y necesidades, y con

una elevada necesidad de mantener relaciones armoniosas con los demás pertenecen al Tipo de Personalidad Propenso al Cáncer , la que está relacionada con la emotividad (neuroticismo) según Eysenck, además asegura que hay una asociación significativa entre síntomas intrusivos y evitativo, por un lado, y supresión de emociones negativas por otro en pacientes de cáncer de mama. Existiendo una relación de la emotividad y el TEPT. Hay que tomar en cuenta que una de las grandes limitaciones de ese estudio fue la falta de estudios relacionado al tema de correlación de TEPT y personalidad.

Conclusión

Existe una población muy amplia de personas que poseen la enfermedad de cáncer, las mismas que atraviesan por diferentes etapas, desde su diagnóstico hasta el final del tratamiento, pero debido a los grandes avances que ha tenido el mundo el índice de supervivientes de cáncer va en crecimiento, es en este momento donde inicia la acción y aunque los resultados obtenidos por la investigación no haya sido altamente significativa con relación a la prevalencia del TEPT, todos los participantes tuvieron síntomas de TEPT, sin cumplir con los criterios diagnósticos, causando para estas personas un evento traumático la enfermedad, además, el alto nivel de reexperimentación en los participantes, nos muestra la preocupación de tener recaídas y volver a vivir el proceso de la enfermedad.

El trastorno de estrés postraumático en los supervivientes de la enfermedad existe, es por este motivo que debe ser foco de atención en los hospitales, dar un seguimiento adecuado debido a que no todas las personas tienen una personalidad de base que les proporcione los adecuados mecanismos que ayudan al afrontamiento de las situaciones y los síntomas de TEPT, que podrían ser desarrollados después de haber sobrevivido, en la investigación nos muestra que de una forma indirecta los síntomas de TEPT si afectan a los rasgos de personalidad siendo una limitación para una buena calidad de vida. El interés no está solo en proporcionar a las personas una supervivencia a la enfermedad si no que después de haber luchado contra la enfermedad se genere una mejora de su calidad de vida tanto física como psicológica.

Recomendaciones

Posterior al proceso de esta investigación, se espera una extensión de este estudio con relación. Por esta razón se recomienda a los futuros profesionales o estudiantes interesados en ampliar los resultados, que exista un seguimiento de los supervivientes para verificar el desarrollo de trastorno de estrés postraumático a largo plazo. Adicionalmente, se recomienda la correlación de la presencia e intensidad de síntomas de TEPT al inicio del tratamiento oncológico con la etapa de supervivencia.

De la misma forma, se debe considerar el desarrollo de programas hospitalarios para que exista una atención de seguimiento a los supervivientes de cáncer, con el objetivo de identificar la presencia de este trastorno y su tratamiento a tiempo, además para que los supervivientes puedan tener una calidad de vida adecuada y se formen mecanismos de afrontamiento en relación a los síntomas de TEPT.

Además de esto se recomienda tomar en cuenta y valorar la falta de conocimiento relacionado a la afección psicológica que pueden tener los pacientes y supervivientes de cáncer. Así mismo los síntomas que se pueden reflejarse en el funcionamiento corporal; es por esta razón que se debe implementar capacitaciones para que las personas puedan identificar los síntomas y se pueda reducir su intensidad en una etapa adecuada.

Bibliografía

- Alarcón, R., Mazzotti, G., & Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría* (Segunda edición ed.). México, D.F.: El Manual Moderno.
- Alarcón, R., Mazzotti, G., & Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría* (Segunda edición ed.). México, D.F.: Manual Moderno.
- Albarrán, A., & Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Redalyc*, 118-124.
- Almanza, J., Juárez, I., Silva, J., & De la Huerta, R. (2010). Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. *Anales Médicos*, 15-23.
- American Psychiatric Association . (1994). *Diagnostic criteria from DSM-IV*. Washington: Washington. American Psychiatric Association. 1994. xi, 358 p.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial medica panamericana.
- Andrés, A. (2016). *La Personalidad* . Barcelona : editorial UOC.
- Asociación Americana de Cáncer. (2016). *Asociación Americana de Cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.org/es/saludable/encontrar-cancer-tempranamente.html>
- Astudillo, R. (2001). *Compendio Básico de Cirugía y Técnica operatoria* . Cuenca: Monsalve Moreno.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory . En R. Friedberg, & J. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes* (págs. 14-15). Madrid: Paidós.

- Bandura, A. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Calpe.
- Beck, A. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 150-151). Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.
- Beck, A. (1985). *Psicología online*. Recuperado el Jueves 30 de Mayo de 2013, de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual12.htm>
- Beck, A. (1988). Ansiedad y depresión. En R. Friedberg, & J. Mc Clure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes* (págs. 14-17).
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). Trastorno de ansiedad y fobias. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 12-13.
- Beck, J. (1995). Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización. En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 16-17). Buenos Aires : C.A.T.R.E.C.
- Breslau, N., & David, G. (1985). Trastorno de ansiedad generalizada. En E. Vicente, *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (págs. 210-212). Madrid: Siglo XXI.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2009). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes* (Segunda edición ed.). Buenos Aires: Akadia.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2009). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes* (Segunda edición ed.). Buenos Aires: Akadia.
- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Segunda edición ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Carlson, N. (2010). *Fundamentos de fisiología de la conducta*. Madrid: Pearson Educación, S. A.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.

- Carreras, E. (2016). *Transplante de médula ósea, sangre periférica y sangre del cordón umbilical*. Barcelona : AMGEN.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 20 - 34.
- Caumo, W. (2011). Los factores de riesgo para la ansiedad preoperatoria en la cirugía ambulatoria. *Revista Brasileña de anestesiología* .
- Cimadevila, N. A. (2003). *Psico - Oncología*. Madrid: ADES Ediciones.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad* . México : Pearson Educación.
- College, R. (2003). *Teorías de la Personalidad*. Mexico: Pearson Educación.
- Cooke, M. (2011). El efecto de la música sobre la ansiedad preoperatoria en la cirugía ambulatoria. *Revista Brasileña de anestesiología*.
- Crego, A. (18 de Febrero de 2013). *Efectividad a largo plazo de la Terapia Cognitivo-Conductual: Investigación & nuevas ideas en psicología* . Recuperado el 24 de Julio de 2013, de sitio Web Investigación & nuevas ideas en psicología : <http://psynthesis.wordpress.com/2013/02/18/efectividad-a-largo-plazo-de-la-terapia-cognitivo-conductual/>
- Crespo, M., & Mar Gómez, M. (2012). La Evaluación del Éstres Postraumático: Presentación de la Escala Global de Éstres Postraumático (EGEP). *Clinica y Salud*, 23(1).
- Cruzado, J. A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Síntesis, S.A. Vallehermoso. 34.28015.
- Csendes, A. (2007). ¿Qué es la cirugía general? *Revistas electrónicas UACH - Cuadernos de cirugía*, 09-10. Recuperado el 26 de Agosto de 2013, de sitio Web Revistas Electrónicas UACH.

- Dattilio, F., & Padesky, C. (1990). Cognitive Therapy with Couples. . En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 148-149). Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.
- Delgado, A. (2010). *Guía de atención primaria en salud mental*. Cuenca.
- Die Trill, M. (2003). *Psico - Oncología*. Madrid: ADES Ediciones.
- Die Trill, M., Die Trill, J., & Herrera Linde, D. (2003). Psico - Oncología. En M. Die Trill, *Psico - Oncología* (págs. 57 - 61). Madrid: ADES Ediciones.
- Dobson, K., & Block, L. (1988). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. En I. Caro, *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas* (págs. 30-31). Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Dobson, K., & Dozois, D. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies . En I. Caro, *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas* (págs. 30-31). Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Dresch, V. (2008). Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica. En V. Dresch. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Droira, R. (2004). *Protocolos de atención de enfermería* (Primera edición ed.). Quito: Elgranlibro.
- Dryden, W., & Di Giuseppe, R. (1990). A Primer on Rational Emotive Therapy. En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 16-17). Buenos Aires : C.A.T.R.E.C.
- Echeburúa, E. (2002). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E., de Corral, P., & Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de la conducta*, 24(96), 527-555.

- Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *Práctica de la terapia Racional - Emotiva*. En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 128-129). Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.
- Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 GLOBOCAN. (2012). *GLOBOCAN*. Obtenido de GLOBOCAN: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- Everly, G. (1989). A clinical guide to the treatment of the human stress response. En J. Olivares, & F. Méndez, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 32-34). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Eysenck, H. (2008). *Cuestionario de Personalidad de Eysenck*. Madrid: TEA Ediciones .
- Eysenck, H. J., Eysenck, S. B., & Barrett, P. (2010). Modelo Psicobiológico de personalidad de Eysenck una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 1 - 21.
- Ferrer, J. (2010). Ansiedad y respiración diafragmática. *Enfermería integral*, 16-18.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Madrid: Paidós.
- Galán Cuevas, S. J., & Everardo, C. G. (2012). *Estrés y Salud*. Bogotá: Manual Moderno.
- Galletero, J., & Guimón, J. (1989). Historia, concepto y clasificación de la ansiedad. En E. Echeburúa, *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pág. 24). Madrid: Ediciones Pirámide.
- García Granados, M., Arrieta Rodríguez, M., & Hinojosa Gómez, J. (2006). *Tratamiento del cáncer: oncología médica quirúrgica y radioterapia*. México D.F.: El Manual Moderno.
- García Granados, M., Arrieta Rodríguez, M., & Hinojosa Gómez, J. (2016). Tratamiento del cáncer: oncología médica, quirúrgica y radioterapia. En M. García Granados, M. Arrieta

- Rodriguez, & J. Hinojosa Gómez, *Tratamiento del cáncer: oncología médica, quirúrgica y radioterapia* (pág. 143). Mexico D.F.: El Manual Moderno.
- García Torres, F. (2015). El trastorno por estrés postraumático en los supervivientes al cáncer: una revisión de los tratamientos psicológicos disponibles. *Psicooncología*, 293 - 301.
- García Torres, F., Alós Cívico, F. J., & Pérez Dueñas, C. (2016). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces en psicooncología: alteraciones psicológicas y físicas*. Madrid: Difusora Larousse - Ediciones Pirámide.
- García Torres, F., J. Alós, F., & Pérez Dueñas, C. (2015). El trastorno de estrés postraumático en los supervivientes al cáncer: una revisión de los tratamientos psicológicos disponibles. *Psicooncología*.
- García Torres, F., J. Alós, F., & Pérez Dueñas, C. (2015). El trastorno por estrés postraumático en los supervivientes al cáncer: una revisión de los tratamientos psicológicos disponibles. *Psicooncología*.
- Goncalves, O. (1993). Terapias Cognitivas: Teorías e prácticas. En I. Caro, *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas* (págs. 32-33). Bilbao: DESCÍÉE DE BROUWER, S.A.
- González Ramírez, M. T., & Landero Hernández, R. (2006). SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS Y TEORÍA TRANSACCIONAL DEL ESTRÉS. *Ansiedad y Estrés*, 45 -61.
- Hakamata, Y., Matsuok, Y., & Inagak, M. (2007). Structure of titofrontal cortex and it is longitudinal cours in cancer. págs. 383-389.
- Hart, k., & Morgan, J. (1993). Cognitive behavioral procedures with children and adolescents. En R. M. Friedberg, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes* (págs. 14-15).

- Ibañez, G. E. (1997). *Por qué Eysenck no hablo de Psicología de la Salud*. Murcia: s/e.
- Instituto Nacional del Cáncer (NIH). (29 de 04 de 2015). *Instituto Nacional del Cáncer* .
Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/edad>
- Instituto Nacional del Cáncer. (9 de 02 de 2015). *Instituto Nacional del Cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Instituto Nacional del Cáncer. (05 de 04 de 2016). Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol>
- Jovell, A., Navarro, M., Fernández, L., & Blancafort, S. (2006). Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención primaria - Elsevier*, 234-237.
- Kubler, R. (1969). *On death and dying*. New York.
- Lazarus, R. (2009). *ESTRÉS Y EMOCIÓN MANEJO E IMPLICACIONES EN NUESTRA SALUD*. DESCLÉE DE BROUWER.
- Libertad, A., Bayarre, H., La Rosa, Y., Orbay, M., Rodríguez, J., Vento, F., & Acosta, M. (2007). Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertenso desde la perspectiva del paciente. *Revista Cubana Salud Pública*, 1-10.
- Lodoño, N., Jiménez, E., Juárez, F., & Marín, C. (2010). Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. *International Journal of Psychological Research*, 43-54.
- Lopez Fernández, J. Á., & Pérez Quintana, F. (2004). ¿De qué estrés hablan los estudios sobre su medida en enfermería? Resultados a partir de una revisión bibliográfica (1980-2003). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 65 - 75.
- López, J., & Valdés, M. (2005). *DSM-IV*. Barcelona: Masson, S.A.

- Mahoney, M., & Arnkoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. En I. Caro, *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas* (págs. 30-31). Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Mahoney, M., & Arnkoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies . En J. M. Olivares, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 411-412). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Mariño, Á. M. (2009). Relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama. En Á. M. Mariño. D - Pontificia Universidad Javeriana.
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2013). *cognitivoconductual.org*. Recuperado el Miércoles, 29 de Mayo de 2013, de <http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=18>
- Mora, R. (2012). Medicina del estilo de vida, la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* , 48-52.
- Navarro, J. (2003). *La ansiedad: un enemigo sin rostro*. Navarra : Eunsa.
- Obst, J. (2008). *La terapia cognitiva integrada y actualizada*. Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.
- Olivares, J., & Méndez, F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta* (Segunda edición ed.). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- OMS. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra: OMS.
- Orejudo, S., Malo, C., & Parga, M. X. (2004). La tipología de personalidad de Grossarth-Maticek y Eysenck. Relación con otros constructos psicológicos. *Psiquis. Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 25(4), 28-42.
- orellana, g., & al, e. (sdaf). *ytghjh*. asdf: asdfa.

- Organización Mundial de la salud (OMS). (2017). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Palacios Espinosa, X., & Vargas Sterling, L. P. (2011). ADHERENCIA A LA QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA. *Psicooncología*, 8(2-3), 423 - 440.
- Paris, J. (2002). Predisposiciones, rasgos de personalidad y trastorno por estrés prostaumático. *Revista de Toxicomanías*, 1 -10.
- Pérez Rodríguez, S. (2008). *Sintomatología de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama e identificación de posibles factores de riesgo*. Valencia: Universitat de Valencia.
- POA. (2014). *Plan operativo*.
- POA. (2014). *Plan Operativo*.
- Pons, X. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería Integral*, 27-34.
- Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ta ed.). Arlington.
- Quinto, E. (2008). *El modelo Cognitivo Conductual*. Santo Domingo: Búho.
- Rascón, M., Hernández, V., Casanova, L., Alcántara, H., & Sampedro, A. (2011). *Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales*. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz.
- Riveros, A., Cortazar, J., Alcazar, F., & Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de

- pacientes diabéticos e hipertensos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 445-462.
- Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., Arranz, H., & Palao, Á. (2011). Cambios Psicológicos e Intervenciones Basadas en Mindfulness para los Supervivientes de una Cáncer. *Psicooncología*, 7 - 20.
- Rodríguez, J., & Mira, J. (2002). Calidad y humanización de la atención sanitaria. *Viure en Salut*, 12-13.
- Rotter, J. (1982). The development and application of social learning theory. En R. Friedberg, & J. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes* (págs. 14-15). Madrid: Paidós.
- Salinas, A. N., & Libenson, K. C. (2017). *Estrés postraumático: Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Bogotá: El Manual Moderno.
- Salud, O. M. (2000). *CIE-10*. Madrid: Panamericana.
- Sánchez, J. (2007). La relación médico-paciente. Algunos factores asociados que la afectan . *Revista CONAMED*, 20-28.
- Scharf, B. M. (2005). Psicooncología: Abordaje emocional en oncología . *P & B*, 64 -67.
- Schmidt, V. F. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista internacional de psicología*, 11.
- Segura, A. M. (1986). Trasplante de médula ósea en diferentes afecciones hematológicas del adulto y el niño. En A. M. Segura, *Trasplante de médula ósea en diferentes afecciones hematológicas del adulto y el niño* (págs. 31-32). Barranquilla: Salud Uninorte.
- Serra Majem, L., García Segovia, P., Sánchez Villegas, A., & Doreste Alonso, J. (2004). Dieta y Cáncer. *Biocáncer*, 1 - 14.

Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividad*.

Sociedad Americana contra el Cáncer. (12 de 9 de 2016). *Sociedad Americana contra el Cáncer*.
Obtenido de <https://www.cancer.org/es/cancer/sarcoma-de-tejidos-blandos/si-usted-tiene-sarcoma.html>

Sociedad de lucha contra el cáncer SOLCA. (2015). *ISSUU*. Obtenido de https://issuu.com/solcacuenca/docs/sesto_inf__reg_solca_cuenca

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2017). *Sociedad Española de Oncología Médica*. Obtenido de <https://www.seom.org/en/prensa/el-cancer-en-espanyacom/105941-las-cifras-del-cancer-en-espana-2017?start=1#content>

Tobeña, A. (1986). Predictores biológicos en trastornos de ansiedad. En E. Echeburúa, *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pág. 23). Madrid: Ediciones Pirámide.

Valenzuela, J., Barrera, J., & Ornelas, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Medigraphic*, 152.

Vargas Salinas, A. N., & Libenson, K. C. (2017). *Estrés postraumático: Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Bogotá: El Manual Moderno.

Vicente, E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.

Vidad, M. L., Sánchez, T. P., Corbellas, C., Peiró, G., Godes, M., Blasco, A., . . . Camps, C. (2007). ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL RECUERDO DEL PACIENTE TRAS LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y DEL PRONÓSTICO EN ONCOLOGÍA. *Psicooncología*, 4(1), 21 -33.

Vinaccia, S. (2003). El Patrón de Conducta Tipo C en Pacientes con Enfermedades Crónicas.

Revista Colombiana de Psiquiatría , 161 - 168.

Whaley, J. (2006). *Manual de terapia interpersonal*. México, D.F: Plaza y Valdés, S.A.

Zevallos, C., Quispe, R., Mongilardi, N., Montori, V., & Málaga, G. (2013). La participación del paciente en la toma de decisiones clínicas como estrategia para salvaguardar sus derechos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 363-364.