

Aguilar Orelo, Evangelina Belén

Relación entre patrón de conducta tipo C, ansiedad-rasgo y calidad de vida en pacientes oncológicos

Tesis de Licenciatura en Psicología
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Aguilar Orelo, E. B. (2016). *Relación entre patrón de conducta tipo C, ansiedad-rasgo y calidad de vida en pacientes oncológicos* [en línea]. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Mendoza. Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/relacion-patron-conducta-ansiedad-rasgo.pdf> [Fecha de consulta:]

Universidad Católica Argentina.

*Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
Mendoza- Licenciatura en Psicología*



Relación entre Patrón de Conducta Tipo C, Ansiedad- Rasgo y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos.

Alumna: Aguilar Orelo, Evangelina Belén

Director: Dr. Tabullo, Ángel

Mendoza, 2016

INDICE

INDICE	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCION	5
AGRADECIMIENTO	7
CAPITULO I: MARCO TEORICO	8
PSICOLOGIA DE LA SALUD.....	9
Antecedentes de la Psicología de la Salud.....	9
Concepto de Salud y Psicología de la Salud.....	9
¿Porque psicología en Salud?	10
Psicología de la Salud y el Cáncer	10
PSICOLOGIA Y CANCER”	11
Definición	11
Antecedentes Históricos	12
Psicooncología	13
Concepto	13
Objetivos y Funciones del Psicólogo	13
PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGIA	14
Estrés	15
Neurofisiología del Estrés	15
Psicología y estrés	16
CANCER, PERSONALIDAD Y ANSIEDAD	16
Personalidad	16
Patrón de Conducta Tipo C y Cáncer	18
Ansiedad	22
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLOGICOS	24
Calidad de Vida: concepto.....	24
Calidad de vida y Cáncer.....	24
Variables que modifican la calidad de vida	25
Respuesta adaptativa al cáncer.....	26
CAPITULO II: ASPECTOS METODOLOGICOS	27
OBJETIVOS	28
METODOLOGIA	29
RESULTADOS	35
PATRÓN DE CONDUCTA TIPO C PCTC: PACIENTES Y CONTROLES, ASOCIACIÓN ENTRE DIMENSIONES	36
ANSIEDAD-ESTADO AL MOMENTO DE LA QUIMIOTERAPIA Y ANSIEDAD- RASGO	38
ASOCIACIONES ENTRE PATRÓN DE CONDUCTA TIPO C, ANSIEDAD RASGO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES.	39
DISCUSION Y CONCLUSION	45
DISCUSION	46
CONCLUSION.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
APENDICE	59

RESUMEN

La presente investigación, tiene como objetivo general profundizar en la relación existente entre patrón de conducta tipo C, perfiles de ansiedad y calidad de vida percibida en pacientes oncológicos; para ello se pretende comparar las cinco dimensiones del patrón de conducta tipo C en pacientes oncológicos y sujetos controles sanos comparables en variables sociodemográficas, medir la ansiedad-rasgo y la ansiedad- estado en relación a la quimioterapia, medir calidad de vida percibida en dichos pacientes, analizar las posibles asociaciones entre: las dimensiones del patrón de conducta tipo c, la ansiedad- rasgo y estado ante la quimioterapia y la calidad de vida percibida en sus múltiples aspectos, y por último evaluar posibles asociaciones entre variables sociodemográficas y los constructos mencionados. Para esto se evaluó a un grupo de 38 pacientes oncológicos con diversos tipos de patología cancerosa. Se verificó que los pacientes oncológicos presentan rasgos acentuados de las dimensiones “Comprensión”, “Control y Represión Emocional” del patrón tipo C, lo cual podría reflejar una estrategia de afrontamiento ante la enfermedad. Por otro lado, los rasgos del patrón pueden contribuir positivamente a ciertos aspectos de la calidad de vida. La ansiedad fue el rasgo más fuertemente asociado a la calidad de vida, es un predictor negativo del funcionamiento y positivo de la incidencia sintomática. Ambos factores son relevantes para considerar en el acompañamiento psicológico del paciente oncológico.

ABSTRACT

The general objective of the current research was to analyze the relationship between Type C behavioral pattern, trait and state anxiety and perceived quality of life in cancer patients. More specifically, we aimed to compare the five dimensions of Type C behavioral pattern between cancer patients and healthy control subjects matched in sociodemographic variables. Trait anxiety and anxiety state in relation to chemotherapy were assessed with the STAXI questionnaire, and Quality of life was evaluated with the EORT QLQ-C30 scale. Possible associations between the aforementioned constructs and sociodemographic variables was also analyzed. A group of 38 cancer patients and 33 healthy control subjects participated in the study. It was verified that cancer patients have higher scores in the following dimensions of type c pattern: Comprehension, Emotional Control and Emotional Repression. This result might be the result of a coping strategy in response to the disease. On the other hand, some of the traits of type c behavior pattern might contribute to certain aspects of quality of life. Trait anxiety was more strongly associated with the quality of life, it was a negative predictor of functioning and positive of symptoms incidence. Both factors are relevant and need to be considered in the psychological care of cancer patients.

INTRODUCCION

La presente investigación tiene como objetivo general investigar las posibles relaciones entre la personalidad (particularmente, el patrón de conducta tipo C), la ansiedad y la calidad de vida en pacientes diagnosticados con cáncer en tratamiento.

Diversos estudios han señalado la incidencia de la personalidad como uno de los factores psicosociales de riesgo para el desarrollo del cáncer. En particular, se ha propuesto que el patrón de conducta tipo c, que caracteriza a los sujetos como tendientes a suprimir emociones negativas, evitar el conflicto en relaciones interpersonales y regular mediante la lógica y la racionalización sus emociones negativas, constituiría un conjunto de rasgos característicos de los pacientes oncológicos y contribuiría al desarrollo de la enfermedad. Por otro lado, si bien algunas dimensiones del constructo se encuentran aumentadas en pacientes oncológicos, no existe actualmente consenso de si estos resultados reflejan una posible configuración premórbida de la personalidad o una respuesta de afrontamiento ante la enfermedad.

Por otro lado, otros estudios han señalado la comorbilidad entre el cáncer y trastornos de ansiedad, y el impacto negativo de los rasgos ansiosos sobre la calidad de vida de los pacientes. Hasta el momento, sin embargo, ningún estudio ha considerado simultáneamente la relación entre las dimensiones del patrón de conducta tipo C, la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con cáncer. El presente estudio tiene por objetivos: 1) Comparar las cinco dimensiones del patrón de conducta tipo C en pacientes oncológicos y sujetos controles sanos comparables en variables sociodemográficas 2) Medir la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado en relación a la quimioterapia en pacientes oncológicos 3) Medir calidad de vida percibida en pacientes oncológicos 4) Analizar las posibles asociaciones entre: las dimensiones del patrón de conducta tipo c, la ansiedad-rasgo y estado ante la quimioterapia y la calidad de vida percibida en sus múltiples aspectos 5) Evaluar posibles asociaciones entre variables sociodemográficas y los constructos mencionados.

Para la realización de dicho estudio se utilizará una muestra de 38 pacientes oncológicos pertenecientes al Gran Mendoza y se administrarán los siguientes instrumentos para evaluar los constructos mencionados: el EORTC QLQ-C30 3.0 para medir la calidad de vida, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y el Cuestionario de Patrón de Conducta de Tipo C. Adicionalmente, se administrará este último instrumento a 33 sujetos sanos de edad y características demográficas comparables a los pacientes, a fin de comparar la incidencia de este patrón en ambas muestras.

AGRADECIMIENTO

A Luis A. Apatye, mi amigo, compañero y esposo, quien me acompañó a lo largo de toda la carrera, y a mi hijo Valentino que supo entender aun siendo muy pequeño de los tiempos que su mamá necesitaba.

A mis padres, fuente de inspiración y motivación para realizar este trabajo, a mi Mamá, Telma, quien me enseñó, a ser paciente, dedicada, a no bajar los brazos bajo ninguna circunstancia y mi papá que siempre estuvo acompañándome y creyó en mí.

A mi familia, mis abuelas, mis tíos, mis primos hermanos, mis suegros, que me acompañaron en cada paso que daba, ayudándome cada uno en lo que podía.

Al Dr. Ángel Tabullo, director de T.I.F. y amigo, por su dedicación y atención incondicional y a su esposa, Lic. Violeta Navas, quien me brindó desinteresadamente su palabra, escucha y apoyo en todo momento.

A mis amigos con quienes festejamos por cada materia menos.

A mis profesores, que me enseñaron a amar esta profesión.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

PSICOLOGIA DE LA SALUD

Antecedentes de la Psicología de la Salud

Existe una multiplicidad de factores que impulsaron un interés por los psicólogos respecto de una aproximación más teórica y clínica, más comprensiva de la salud, en concreto, fueron tres factores los que tuvieron mayor peso: 1) el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; 2) el elevado costo de los cuidados de salud; 3) un mayor énfasis en la calidad de vida. Por esto es que se plantea un modelo alternativo al modelo médico de la época, el modelo biopsicosocial. En ese momento se hipotetizó sobre la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales además de los biológicos como determinantes de enfermedad y tratamiento. Y es de esta manera como en 1978 nace la Psicología de la Salud de manera formal, institucional y profesionalmente (Oblitas, 2008)

Concepto de Salud y Psicología de la Salud

Poder definir salud puede resultar un tanto controversial, ya que existen diversos conceptos, una de las definiciones más extendidas es que “La salud es la ausencia de enfermedad”. La Real Academia Española, define a la salud como, “Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (Real Academia Española, 2016). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social que tiene una persona y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2016). De esta manera quedan integradas en la definición el área psicológico, físico y social.

La psicología de la salud. entonces, podría ser definida como “ la disciplina o el campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por esta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y de enfermedad, en los distintos y

variados contextos en que estos puedan tener lugar” (Oblitas, 2006 en Oblitas, 2008)

Existen cuatro objetivos fundamentales dentro de la psicología de la salud (Oblitas 2066,2007 en Oblitas, 2008)

1- Promoción de la salud, promover un estilo de vida saludable, no solo entendiendo a salud por ausencia de enfermedad sino por la presencia de un estado de bienestar físico y anímico en el individuo.

2- Prevención de las enfermedades, modificar hábitos no saludables asociados a diversas patologías.

3- Evaluación y tratamiento de enfermedades específicas, poder trabajar interdisciplinariamente combinando tratamientos médicos habituales con tratamientos psicológicos.

4- Evaluación y mejora del sistema sanitario, propuestas dirigidas a mejorar la atención sanitaria en lo que se refiere a la practica profesional, a la educación sanitaria de los usuarios y formulación de políticas de salud.

¿Porque psicología en Salud?

Existen datos que muestran que la salud esta influenciada por nuestra conducta, nuestros pensamientos y relaciones sociales.

Los estados psicológicos influyen de manera directa en nuestra salud. Nuestro bienestar físico puede estar afectado positiva o negativamente por nuestros sentimientos y emociones. Sentir apoyo de los otros puede ser útil ante situaciones de estrés.

Distintas intervenciones pueden reducir dolor o sufrimiento, acelerara un proceso de curación. El estado psicológico con mas efectos negativos sobre la salud es el estrés, y este ha sido asociado a una gran cantidad de enfermedades, entre ellas el cáncer (Oblitas, 2005 en Oblitas, 2008)

Por esto es importante mantener una interacción permanente de la psicología en procesos médicos tradicionales.

Psicología de la Salud y el Cáncer

Las principales áreas de aplicación de la Psicología de la Salud están relacionadas al tratamiento de distintas enfermedades como el dolor crónico,

trastornos cardiovasculares, trastornos del sueño, asma bronquial, VIH/ SIDA, diabetes, fibromialgia, síndrome del intestino irritable, trastornos neurológicos y cáncer (Oblitas, 2008)

La psicología de la Salud ha tenido gran implicancia desde la psicooncología, en la prevención primaria y secundaria así como también en el tratamiento psicoterapéutico en pacientes con cáncer. La psicoterapia en estos pacientes ha demostrado su eficacia para reducir la alteración emocional y mejorar la adaptación a las nuevas situaciones, facilitar el paso por la enfermedad con un menor desgaste psicológico, y contribuir a una mayor recuperación a nivel físico, psicológico y social. (Oblitas, 2008)

PSICOLOGIA Y CANCER”

Definición

El cáncer es “una enfermedad que se caracteriza por la transformación de las células, que proliferan de manera anormal e incontrolada” (RAE). En cualquier tipo estas células comienzan a dividirse y se diseminan a los tejidos del alrededor. En un proceso normal las células envejecen y mueren dando lugar a las nuevas, cuando existe cáncer este proceso se ve alterado haciendo que las células viejas sobrevivan y las células nuevas se forman cuando no son necesarias, dividiéndose sin interrupción formando masas las cuales son llamadas tumores. Muchos carcinomas forman tumores sólidos, los cuales son masas de tejido, pero también existen los tumores de la sangre que en general no forman tumores sólidos.

Existen dos tipos de tumores los malignos y los benignos, los tumores malignos a diferencia de los benignos, pueden extenderse a tejidos cercanos o invadirlos; además al crecer, algunas células cancerosas pueden desprenderse y migrar hacia distintas partes del cuerpo por medio del sistema circulatorio o linfático y formar nuevos tumores lejos del tumor original. Otra particularidad de estos tumores es que una vez extirpados pueden volver a crecer por lo que una vez terminado el tratamiento es necesario el control periódico.

Existen más de 100 tipos de cáncer, estos reciben el nombre, en general, del órgano o tejido en donde se forman, también pueden nombrarse según el tipo de célula que los forma.

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, según la OMS en 2012 hubo 14 millones de nuevos casos y 8.2 millones de decesos por esta enfermedad y se prevé que esta cifra aumente en un 70% en los próximos 20 años. Las estadísticas muestran que un 30% de las muertes por cáncer están relacionadas a factores conductuales y dietéticas como , el índice de masa corporal, la ingesta reducida de frutas y verduras, la falta de actividad física, el consumo de tabaco y consumo de alcohol, también se ha estudiado la incidencia de factores psicosociales como la personalidad, la exposición a diversos estresores, el afrontamiento, la depresión, encontrándose evidencia de mayor riesgo y mortalidad asociados a eventos vitales estresantes, y menor incidencia de otros factores psicosociales en el desarrollo del cáncer, comparado con enfermedades cardiovasculares. El mayor porcentaje, un 60% de los nuevos casos anuales totales del mundo se producen en África, Asia, America Central y Sudamérica. Estas regiones presentan el 70% de las muertes por cáncer en el mundo (OMS, 2015)

En nuestro país se estima por año un registro de 115.162 casos nuevos de cáncer de los cuales la mayoría se concentra en mujeres. En Mendoza tomando el periodo 2008-2012, se estima que por año existe un total de 23.972 casos nuevos, centrándose la mayor prevalencia en la población femenina (Gobierno de Mendoza).

Antecedentes Históricos

Hace 150.000 años, se encuentran las primeras evidencias de lesiones compatibles con el cáncer en humanos, gracias a la paleopatología se demuestra que si bien era una enfermedad poco frecuente, con el paso del tiempo ha aumentado su ocurrencia. (Salaverry, 2013)

Las distintas civilizaciones han realizado diferentes interpretaciones sobre la etiología de la enfermedad, así como también se han utilizado distintos tipos de tratamientos. (Salaverry, 2013)

En 1900, se creó el primer centro oncológico privado donde se realizaban distintas investigaciones para poder encontrar respuestas a la enfermedad. Y es en 1948 cuando se informan de las primeras remisiones temporales de leucemia infantil a partir de tratamientos médicos, a los cuales

se les fueron añadiendo tratamientos quimioterapéuticos combinados con cirugía y radioterapia, lo que estimuló nuevos intereses sobre efectos a largo plazo del carcinoma. (Robert, Álvarez & Valdivieso, 2013)

Por muchos años, el apoyo psicológico estuvo ausente en los pacientes oncológicos, el único apoyo psicológico que existía, era un apoyo informal a través de grupos conformados por pacientes que habían pasado por las mismas o similares situaciones. Esto impulsó que trabajadores sociales junto con enfermeros atendieran problemas psicológicos y sociales de los pacientes con cáncer y sus familias; dando lugar a la primer apoyo formal psicológico para estos pacientes. De esta manera se conformó la primera línea de atención clínica e investigación en psicooncología. (Robert et al., 2013)

Ésta nace entonces, formalmente, en el año 1970, haciendo posible el diálogo con pacientes respecto de la enfermedad y las implicancias que esta tenía para sus vidas. Esta disciplina comienza a hacerse más fuerte y convertirse como área independiente, debido a que los pacientes diagnosticados con cáncer y que recibían tratamiento oncológico planteaban problemas cognitivos, emocionales, motivacionales y de comunicación, y estos no podían resolverse desde un punto de vista médico (Robert et al., 2013).

Psicooncología

Concepto

La psicooncología es un campo interdisciplinario entre la psicología y las ciencias biomédicas, el cual se encarga de la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer. También trata de mejorar las competencias comunicativas e interaccionales con los sanitarios, así como la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad. (Cruzado, 2003)

Objetivos y Funciones del Psicólogo

Dentro de la psicooncología podemos encontrar cuatro grandes objetivos:

1- Asistencia clínica, tanto al paciente como a sus familiares para poder obtener una mejor adaptación y calidad de vida ante el diagnóstico y lo que este supone. Se realiza una evaluación de las distintas áreas (capacidades cognitivas, screening, trastornos psicopatológicos, adaptación a la enfermedad y su tratamiento, comprensión de la información, participación en las decisiones, confianza en el equipo médico, adherencia médica, afrontamiento del diagnóstico y tratamientos, estado emocional, calidad de vida, apoyo familiar y social), un informe psicológico, se realiza el diagnóstico según los criterios de los manuales de diagnóstico internacionales, por último se ejecuta un tratamiento psicológico.

2- Docencia, enseñar habilidades de comunicación, manejo de situaciones de crisis y estresantes en la interacción con el enfermo.

3- Prevención, realización de programas que tengan que ver con la salud, aprendizaje de hábitos saludables preventivos del cáncer, promover acciones para la detección precoz de la enfermedad, entre otras.

4- Investigación, realizar estudios relacionados con los aspectos comportamentales y sociales que estén presentes en los pacientes, sus tratamientos o el sistema de atención. (Cruzado, 2003)

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGIA

Tras haber mencionado la psicología de la salud y la psicooncología es importante también hablar de la psiconeuroinmunoendocrinología. Esta nueva mirada de la ciencia que ha tenido su mayor explosión en la investigación en los años 80', establece la forma en que los pensamientos, emociones y conductas modulan y median en las funciones endócrinas e inmunológicas (Glaser y Kietcolt-Glaser, 2005 en Moscoso, 2009). Existen cuatro sistemas que interactúan entre sí en los seres humanos y estos son, la mente, el sistema nervioso, el sistema endócrino y el sistema inmunológico. En condiciones óptimas y normales los sistemas funcionan manteniendo un estado de homeostasis el cual ayuda al organismo a tener una salud óptima preparándolo para la lucha contra las distintas enfermedades. Existen factores que influyen en las interacciones de estos sistemas como los factores

hereditarios, rasgos de personalidad, emociones y estilos de vida. Debido a esto se puede dar la pérdida de ese equilibrio homeostático que propicia un estado óptimo de salud teniendo como resultante síntomas patogénicos o enfermedades. (Kiecolt-Glaser, McGuire & Robles, 2002 en Moscoso, 2009).

El estrés en este sentido cumple un papel importante en el ser humano, existe evidencia que señala el impacto negativo del estrés crónico sobre el sistema nervioso, endocrino e inmunológico, siendo un factor de gran peso en la etiología de algunas enfermedades. (Moscoso, 2009)

Estrés

El estrés puede ser definido como “el cuadro de descompensación psicosomática causada por estímulos inespecíficos que superan la capacidad adaptativa del individuo” (Saz de Kohan, 1998 en Vidal, 2012).

Neurofisiología del Estrés

Existen dos componentes biológicos que se relacionan directamente con la respuesta adaptativa, estos son el sistema CRH-PVN (hormona liberadora de corticotrofina-núcleo paraventricular hipotalámico) y el LC-NA-SNS (locus coeruleus-noradrenalina-sistema nervioso simpático); estos dos sistemas se retroalimentan positivamente y responden a la serotonina y a la acetil-colina, esta última es la principal hormona estimulante de la secreción de cortisol y andrógenos suprarrenales. Los glucocorticoides ejercen acciones sobre el sistema inmune. Frente a un estímulo estresante de largo plazo, disminuye la sensibilidad de los tejidos a las catecolaminas, y aumenta la de la corteza adrenal al ACTH. Por lo que el estrés crónico es considerado como inmunosupresor. (Vidal, 2012)

La allostasis es la adquisición de estabilidad frente a situaciones estresantes, mediante cambios neurohumorales y corporales. A los cambios biológicos persistentes que sostiene la estabilidad se los llama carga alostática, si esta es elevada, aumenta la presión sistólica, el cortisol y las catecolaminas urinarias nocturnas, también hay un incremento en de la grasa abdominal (Cardinali, 2007)

El cortisol plasmático puede permanecer aumentado en relación al estrés, en ese momento los ritmos circadianos quedan suprimidos y desaparece la retroalimentación con el hipotálamo, por lo que a pesar del aumento de cortisol se sigue produciendo CRH y ACTH. El cortisol, también tiene un rol importante en la patofisiología de la diabetes, la obesidad, la hipertensión, la osteoporosis, la depresión y los trastornos de memoria (Vidal, 2012)

Psicología y estrés

Existe una variedad de estudios que han relacionado los tipos de personalidad, estrés y algunas enfermedades.

Así, Ronald Grossarth-Maticek, propone cuatro tipos de personalidades: Tipo 1, equivale al tipo C propuesto por Morris, con predisposición al cáncer; Tipo 2, equivalente al Tipo A de Rossenman y Friedman, con predisposición a enfermedades coronaria; Tipo 3, con predisposición variable y por ultimo un Tipo 4, equivalente al Tipo B de Friedman y Rossenman, la cual sería la llamada personalidad saludable (Vidal, 2012).

Tomando esta línea hay algunos autores que hipotetizan que estos tipos serian formas de afrontamiento de las personas frente al estrés y esto de demostrarse fehacientemente permitiría producir cambios en dicha evolución modificando el afrontamiento de los pacientes con métodos psicoterapéuticos (Vidal, 2012).

CANCER, PERSONALIDAD Y ANSIEDAD

Personalidad

La personalidad es un concepto que ha sido reformulado de diversos modos, Allport en 1937, tomo 50 definiciones distintas de personalidad y planteo la propia la cual es una de las mas difundidas, la cual decía que es “la organización dinámica dentro de un individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente”. Luego Goldemberg propuso

“totalidad expresada en conductas, que se traducen en el nivel de la mente, cuerpo y de las relaciones interpersonales” (Vidal, 2012).

De esta manera María del Carmen Vidal, (2012), en su libro *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*, formulan que la personalidad es lo que pertenece en esencia a una persona, lo que hace ese individuo sea el mismo y no otro, es decir que todos los conceptos van a estar referidos a la individualidad, a la estabilidad en el transcurso del tiempo y a una totalidad integrada biopsicosocial.

Teorías psicósomáticas tempranas sugirieron que la extraversión elevada y el neuroticismo bajo incrementarían el riesgo de cáncer. (Kissen y Eysenck, 1962). El pensamiento antiemocional y predominantemente racional (Butow et al, 2002; Lemogne et al, 2013), así como la supresión de emociones negativas (White et al, 2007) se han propuesto como potenciales factores de riesgo. Los mecanismos psicobiológicos que podrían explicar estas asociaciones incluyen: la acumulación de respuestas de estrés (Eysenck, 1994) y su consecuente impacto disruptivo sobre los sistemas inmune y endocrino (Antoni and Lutgendorf, 2007) y el incremento crónico de la inflamación. La personalidad también podría influenciar de manera indirecta al riesgo de cáncer, por ejemplo, aumentando la frecuencia de hábitos poco saludables, como el tabaquismo, o evitando que los pacientes realicen chequeos médicos frecuentes y no participen de screenings (Bogg and Roberts, 2004; Arai et al, 2009). Las investigaciones recientes, sin embargo, han encontrado evidencia limitada que apoye la idea de que la personalidad constituye un factor de riesgo para el cáncer (Schapiro et al, 2001; Lillberg et al, 2002; Nakaya et al, 2003, 2010; Hansen et al, 2005; Bleiker et al, 2008; Ranchor et al, 2010). En esta línea, un meta-análisis reciente de estudios prospectivos que analizó la relación entre el modelo de cinco factores (extraversión, neuroticismo, agradabilidad, conciencia y apertura a la experiencia) (Jokela et al., 2014), la incidencia y la mortalidad del cáncer no encontró asociaciones significativas con ninguna de las dimensiones.

Patrón de Conducta Tipo C y Cáncer

En 1959 se realizó una clasificación de personalidad en relación al desarrollo de la enfermedad coronaria, donde se dividían a los sujetos en personalidad tipo A o personalidad coronaria, y personalidad tipo B o no-A. En 1980 esta clasificación es ampliada por Morris y Greer, agregando la personalidad C (Vidal, 2012).

La personalidad Tipo C, en ese momento, define un estilo de comportamiento que se caracteriza por la supresión de emociones ante situaciones estresantes. Las personas tipo c fueron definidas como emocionalmente contenidas frente al estrés, haciendo referencia a un patrón constituido por la falta de manifestación de emociones negativas y de expresión de conductas asociadas. Estos sujetos son descritos como cooperativos, pasivos, evitadores de conflicto, supresores de emociones negativas, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión. Luego se realizaron diversos estudios de investigación donde el concepto de este estilo de personalidad fue teniendo algunos señalamientos y variaciones. (López, Esteve, Ramírez & Anarte, 1993)

Así Eysenck recapitula las diferentes características comportamentales de los sujetos que presentan un estilo de comportamiento Tipo C como, “sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflictos, supresores de emociones como ira o ansiedad, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión” (Eysenck, 1994, en López et al., 1993).

Vollrath y Torgensen (2002, citados en Dresch et al., 2008) sugieren que se trata de una personalidad mal adaptativa, definida por una tendencia a experimentar emociones negativas pasivamente, caracterizada por aislamiento, sumisión e inseguridad, que favorece la aparición de enfermedades debido a las conductas de riesgo para la salud. Por su parte, Temoshok (1987, citado en Andreu 1998) hace referencia al estilo de afrontamiento del sujeto tipo c como aparentemente adaptativo a corto plazo en la interacción social, pero altamente desadaptativo a nivel personal y con elevados costos a largo plazo.

Por ultimo Bleiker, afirma que “los sujetos que presentan este patrón comportamental se caracteriza por una marcada antiemocionalidad y esta es un predictor significativo del cáncer” (Bleiker, 1995 en López et al., 1993).

A partir del diseño y validación de un instrumento (PCTC) para medir el patrón de conducta tipo C en una muestra española, se identificaron cinco factores que comprenden diferentes dimensiones del constructo (López et al, 2002):

1. *Control o defensibilidad emocional*: Uso de la razón y la lógica para evitar emociones negativas que pueden aparecer ante relaciones interpersonales.

2. *Represión emocional*: inhibición de la expresión de emociones consideradas socialmente como negativas

3. *Racionalidad*: Utilización de la razón y la lógica como un modo general de enfrentarse al mundo.

4. *Necesidad de Armonía*: Inclinação a buscar el equilibrio y evitar el conflicto en las relaciones interpersonales

5. *Comprensión*: Tendencia a ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos

Esta estructura factorial fue confirmada en la adaptación y validación del cuestionario a la población española (Amaya et al., 2006), con la salvedad de que su análisis factorial agrupo Control y Represión emocionales en un factor único. En su estudio, López et al. (2002) encontraron que pacientes oncológicas mujeres presentaban puntajes significativamente más altos en las escalas de Racionalidad, Necesidad de Armonía y Control Emocional. Los autores concluyeron que las pacientes recurrían en mayor medida a la lógica, y la razón, tendían más a buscar el equilibrio en los vínculos y tendían a dominar en mayor medida sus emociones negativas que la población sana; pero no tenían mayores tendencias empáticas a suprimir emociones socialmente no aceptables (aun cuando los puntajes en las escalas Comprensión y Represión Emocional fueron superiores, no se observaron diferencias significativas). Adicionalmente, propusieron que los rasgos que distinguen a los pacientes oncológicos del resto de la población podrían no constituir un constructo unitario o “patrón” único de comportamiento.

Se han realizado diversos estudios donde se buscan relaciones entre el Patrón de Conducta Tipo C y el cáncer.

Torres Mariño y otros (2006) encontraron que el riesgo de contraer cáncer de mama se asociaba a antecedentes familiares de la enfermedad, haber recibido terapia de reemplazo hormonal, antecedentes de cáncer de endometrio u ovario, y la edad de las participantes, pero no a los puntajes obtenidos en el PCTC. Concluyeron que el patrón de conducta, se relaciona más con un estilo de afrontamiento hacia la enfermedad, que como un tipo de personalidad premórbida

Algunos autores encontraron que las personas que tenían un patrón de conducta tipo C, tienden a ser demasiado cooperativas, apaciguadas, inasertivas, pacientes, evitan los conflictos, buscan ser armoniosas, sumisas, defensivas, reprimen la expresión de las emociones y son inhábiles para manejar el estrés interpersonal, esto las lleva a experimentar sentimientos de desesperación e impotencia, esto, según los autores, produce altos niveles de cortisol y deficiencias inmunitarias (Grossarth-Maticek, Bastiaans y Kanazir 1985, en Amaya y Parra, 2010)

Otros estudios empíricos muestran que los sujetos que tienen un perfil de tipo C, y por consiguiente un mayor riesgo de incidencia y/o progresión más rápida del cáncer, se caracterizan por ser personas cálidas y cordiales, determinadas por la supresión de emociones negativas y en particular de la ira (Sebastián & León, 2008 en Amaya y Parra, 2010).

Esta supresión de emociones negativas o falta de expresión de las emociones no es patógena per se, si no que, lo que dificulta a la persona es la falta de expresión emocional unida al deseo de expresar las emociones (Pennebaker 1985 Amaya y Parra, 2010).

La supresión consciente de las emociones sería el factor que más riesgo trae sobre los individuos respecto de poder desarrollar un cáncer. (Amaya y Parra, 2010)

El Patrón de Conducta Tipo C está integrado por cinco dimensiones, sólo tres de ellas (Control, Racionalidad y Necesidad de Armonía) diferencian de forma significativa a las personas con cáncer de aquellas que no lo padecen), pese a esto los resultados obtenidos en distintos estudios muestran que los pacientes con cáncer muestran mayores puntuaciones en el total de las

cinco dimensiones que las personas sanas. (Anarte, López, Ramírez & Esteve, 2000).

Por lo tanto, el Patrón de Conducta Tipo C puede ser un factor de riesgo para la formación de cánceres hormonodependientes, inmunológico y del sistema digestivo, por cuanto el funcionamiento de estos dos sistemas tiene una directa relación con los estados emocionales. (Amaya y Parra, 2010)

En su estudio Vinaccia et al. (2006) agrupan en tres postulados con sus respectivos exponentes la relación entre el patrón de conducta tipo c y el cáncer:

1) Eysenck (1990) y Morris y Greer (1980, citados en Vinaccia, 2003) proponen una relación de causalidad entre el patrón de personalidad tipo c y la enfermedad, donde la personalidad sería un rasgo pre-mórbido asociado a un mayor riesgo de desarrollar una neoplasia maligna.

2) Fernández Ballesteros, Ruiz, & Garde, (1998); y Temoshok (1987) plantean la personalidad tipo c como estilo de afrontamiento genérico relacionado con una mayor probabilidad de padecer cáncer.

3) Andreu & Ibáñez (1993); (Bleiker, Van der Ploeg, Hendriks, Leer y Klejin (1993) proponen las características de la personalidad tipo c como un modo de afrontar el diagnóstico y la terapéutica de la enfermedad, no como un patrón previo al desarrollo de la misma.

Una revisión reciente del estado del arte sobre la relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer (Cardona Serna, Jaramillo y Facio Lince, 2013) concluyó al respecto que:

1. Mientras algunas investigaciones abordan el constructo desde cinco dimensiones privilegiadas (control emocional, represión emocional, comprensión, racionalidad y necesidad de armonía) otras toman sólo algunas, por lo que sus resultados deben ser leídos en función de las dimensiones consideradas y no son enteramente comparables.

2. La relación encontrada varía dependiendo de: si la personalidad se considera un rasgo pre-mórbido, dado que las investigaciones están orientadas a encontrar en sus muestras un patrón previo al desarrollo del cáncer que esté en directa relación con su aparición, si se hace referencia a un

estilo de afrontamiento o si se asume previamente el constructo como un estilo de afrontamiento ante el diagnóstico y el transcurso de la enfermedad.

3. Los diseños retrospectivos no son confiables, dado que no se controla la aparición y evolución del patrón tipo c y por lo tanto, no puede distinguirse entre un rasgo pre-mórbido, estilo de afrontamiento general previo o reacción de afrontamiento ante el diagnóstico. Por lo tanto se requieren estudios prospectivos al respecto.

4. No hay consenso sobre la relación existente entre el patrón tipo c y el cáncer, dado que las diferencias en los resultados se derivan de la falta de acuerdo en los constructos de base y la diversidad de diseños y metodologías empleadas

Ansiedad

La ansiedad es una parte de la existencia humana, es la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que, son crisis o estados difusos. También puede existir algún tipo de patología que empeore el cuadro ansioso. (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

El término de ansiedad ha sido estudiado por muchos años, y hay que poder realizar una buena diferenciación entre el concepto de ansiedad y otros términos como angustia, miedo, estrés, temor, tensión, entre otros. (Sierra, et al., 2003).

De esta manera se utilizará el concepto de ansiedad según Spielberger, quien para explicarlo diferencia la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad; según él, la ansiedad-estado es: un estado emocional inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, junto a cambios fisiológicos. Por otro lado, la ansiedad-rasgo tiene en cuenta las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo esta un rasgo. Esta ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente a diferencias de la ansiedad-estado, si no que, hay que determinarla a partir de la frecuencia con la que los individuos experimentan aumentos en su estado de

ansiedad. A partir de esto, los individuos que presentan una mayor ansiedad-rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir de ansiedad-estado. (Fletcher, 2009 en Ries, Castañeda, Campos & Castillo, 2012)

Cuando la ansiedad es intolerable, duradera y con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación se considera patológica (Noyés, R, 1989 en Maté, Hollenstein & Gil, 2004)

En el contexto de las personas que padecen una enfermedad crónica como el cáncer, experiencias determinadas como conocer el diagnóstico, esperar que se les practique algún procedimiento médico invasivo, anticipar o experimentar efectos secundarios negativos a partir del tratamiento y el temor a posibles recurrencias; son las situaciones más comunes a las que se enfrenta el paciente (Taylor, 2007 en Roman y Ninoska, 2015). Todo ello se relaciona con elevados niveles de ansiedad en estos pacientes (Christrup, Hansen, Jacobsen, Moldrup y Sjogren, 2010; en Roman y Ninoska, 2015). Por esto es importante identificar y tratar la ansiedad para poder inferir en la calidad de vida del paciente y por que ésta también puede disminuir la capacidad para tolerar el tratamiento y los efectos secundarios del mismo (Maté et al., 2004)

Tendiendo en cuenta ambos conceptos, Patrón de conducta C y Ansiedad, es interesante establecer la relación que existe entre ellos.

Así es que Morris describió que las personas con un patrón de conducta C reaccionarían al estrés por la vía neuroendocrina, la zona activada sería la corteza orbito frontal y la zona septo hipocámpica, las vías bioquímicas, la serotoninérgica y corticosuprarrenal. Estos pacientes que se muestran mas introvertidos, pasivos, resignados, apacibles, colaboradores, sumisos y conformistas; tendría una mayor predisposición a padecer enfermedades crónicas como el cáncer. (Slipak, 1996 en Vidal, 2012)

Por otro lado, dependiendo de como la persona evalúe el daño o amenaza respecto de la enfermedad, esta va ir acompañada de otros estados emocionales como la ansiedad-estado, y si la persona tiene un rasgo de ansiedad marcado puede contribuir a la aparición del estrés que como se mencionó anteriormente este puede predisponer al padecimiento del cáncer. (Vidal, 2012)

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLOGICOS

Calidad de Vida: concepto

El diagnóstico de la enfermedad, el tratamiento y los síntomas va en detrimento de la calidad de vida del paciente, teniendo en cuenta que el concepto de “calidad de vida” es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003 en Venaccia et al., 2014). El concepto aparece en los años cincuenta y toma más importancia en los años ochenta, tuvo su inicio en la medicina y luego se amplió a la sociología y a la psicología (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996 en Venaccia, et al., 2014)

Comienza entonces a definirse la calidad de vida de una manera multidimensional, donde se integran todas las áreas de la vida, haciendo referencia a condiciones objetivas y subjetivas. (Venaccia, et al., 2014) Borthwick-Duffy la define como “ a) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, b) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que se ésta experimenta, c) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.” (Gomez y Sabeh, 2001)

Existen dos enfoques de investigación sobre este concepto, uno, el enfoque cuantitativo, el cual hace hincapié en operacionalizar la Calidad de Vida, para esto se han estudiado distintos indicadores sociales, ecológicos y psicológicos; y otro el enfoque cualitativo el cual toma una postura de escucha a la persona mientras ésta relata experiencias, desafíos y problemas y como los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente. (Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger 1993 en Gomez y Sabeh, 2001)

Calidad de vida y Cáncer

La evaluación de la calidad de vida en pacientes oncológicos es de suma importancia debido a los efectos secundarios de su tratamiento. El cáncer es una de las enfermedades en las que adquiere gran relevancia conocer la calidad de vida de los pacientes. Existen dos síntomas específicos

que demuestran mayor relevancia sobre el impacto en la calidad de vida de los pacientes, estos síntomas son el dolor y la fatiga. También hay estudios que muestran que existen variables sociodemográficas como el nivel de estudio que afecta directamente en la calidad de vida, pacientes que habían terminado sus estudios secundarios y/o universitarios, mostraba mejor calidad de vida que otros; también variables como el apoyo social, la actividad física y la actividad sexual, tuvieron una relación directa con la calidad de vida. (Baena et al., 2011)

Por esto también será importante la evaluación en pacientes oncológicos, ya que teniendo estos datos se pueden realizar tratamientos alternativos para una mejora de la calidad de vida del paciente. (Baena et al., 2011)

Existen estudios longitudinales que han mostrado la calidad de vida en el paciente a lo largo del tratamiento, donde se observa que si bien la calidad de vida muestra sensibles variaciones en ciclos iniciales y finales del tratamiento, existen factores que muestran cambios mucho mas acusados, como el impacto económico y social al inicio del tratamiento; y durante la etapa final se muestra mayor dificultad en los índices de discapacidad funcional, síntomas de enfermedad e impacto emocional.(Terol et al., 2000)

Variables que modifican la calidad de vida.

Existen estudios donde se ha encontrado que la personalidad resistente contribuya de manera significativa en la calidad de vida. (Thomson, Bowne, Barr y Barton, 1993 en Martin-Ortiz, Sanchez & Sierra, 2005).

También se ha observado que conforme se alargue el tratamiento los niveles de depresión aumenta, los de ansiedad disminuyen y se observa una mejoría en la condición física y la calidad de vida. (Zittoun et al., (1999 en Terol et al., 2000)

Sin embargo en otros estudios se ha demostrado que las respuestas de ansiedad y la depresión coexisten en los pacientes de cáncer. En una primera etapa del tratamiento el impacto social se relaciona con la depresión y la ansiedad, pero además, los síntomas de enfermedad y el impacto económico se relacionan con la depresión, y estos mismos factores lo hacen con la ansiedad en la segunda etapa (Terol et al., 2000).

Respuesta adaptativa al cáncer

Como se ha mencionado, la calidad de vida puede ser modificada por una multiplicidad de variables, otra de ellas es la respuesta adaptativa que la persona tenga respecto de la enfermedad, tomando, respuesta adaptativa al cáncer, como un concepto integrador, caracterizado por un activo proceso psicosocial que realiza la persona en sentido positivo, como crecimiento personal o de forma negativa como trastorno emocional. Los factores sociodemográficos como la edad, el género, el nivel educativo, y el estado civil; a si como también características clínicas del cáncer, como el tiempo de diagnóstico, localización del tumor o sintomatología, son todas ellas, variables que pueden modificar la respuesta del paciente durante el tratamiento y por lo tanto su calidad de vida (Costa y Ballester, 2010)

Existen estudios que muestran una correlación en sentido negativo entre pacientes que presentan leucemia linfocitaria crónica, tumor de tiroides y tumores neuroendocrinos y la calidad de vida global; respecto de la edad, a mayor edad menor calidad de vida. Por el contrario en personas con tumores en colon, pulmón, mama, cabeza y cuello se relaciona en sentido positivo con la calidad de vida global (Delgado-Sanz et al., 2011). Respecto de otra variable como la de género se ha podido observar que en leucemias linfocitarias las mujeres tienen peor puntuación en lo que hace a la calidad de vida global, pero en pacientes con cáncer de mama, pulmón, colon, cabeza y cuello; las mujeres presentan mayores puntuaciones respecto de la calidad de vida global que los hombres. (Haugland, 2009 en Costa y Ballester, 2010) Otro factor que varia considerablemente la calidad de vida, es el tipo de cáncer que tenga el paciente, así en los estudios se ha mostrado que los pacientes con cáncer de pulmón y leucemias linfocitarias son los que muestran niveles mas bajos en dimensiones funcionales y por lo tanto en calidad de vida (Wan GJ en Costa y Ballester, 2010).

Es importante tener en cuenta todos los factores que pueden influir en la calidad de vida del paciente, entendiéndolo como un todo y no tratándolos a cada uno de ellos de manera aislada ya que es una integración de características sociodemográficas y clínicas.

CAPITULO II: ASPECTOS METODOLOGICOS

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Profundizar en la relación existente entre patrón de conducta tipo C, perfiles de ansiedad y calidad de vida percibida en pacientes oncológicos.

Objetivos Específicos:

1. Comparar las cinco dimensiones del patrón de conducta tipo C en pacientes oncológicos y sujetos controles sanos comparables en variables sociodemográficas
2. Medir la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado en relación a la quimioterapia en pacientes oncológicos.
3. Medir calidad de vida percibida en pacientes oncológicos
4. Analizar las posibles asociaciones entre: las dimensiones del patrón de conducta tipo c, la ansiedad-rasgo y estado ante la quimioterapia y la calidad de vida percibida en sus múltiples aspectos.
5. Evaluar posibles asociaciones entre variables sociodemográficas y los constructos mencionados.

METODOLOGIA

Diseño

Para el análisis de las asociaciones entre patrón de conducta tipo C, ansiedad y calidad de vida se utilizó un diseño No Experimental, Transeccional de alcance Correlacional. El análisis comparativo del patrón tipo c en pacientes oncológicos en tratamiento y sujetos controles sanos constituyó un diseño cuasi-experimental (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Descripción de la muestra

Participaron del estudio 38 (treinta y ocho) pacientes oncológicos pertenecientes a distintas instituciones del Gran Mendoza. Los criterios de inclusión para el estudio fueron: rango etáreo entre 20 y 80 años, diagnóstico oncológico positivo, tratamiento quimioterapéutico al momento de la toma de datos. El grupo control estuvo compuesto por 33 (treinta y tres) sujetos sanos (sin diagnóstico oncológico positivo, enfermedades crónicas o trastornos neurológicos o psiquiátricos al momento del estudio) de edad, nivel socioeconómico y educativo comparables. Se le garantizó a cada participante la confidencialidad de su identidad y la libertad de participar de la investigación.

La muestra experimental estuvo compuesta por 38 pacientes oncológicos (21 de ellos mujeres), de entre 22 y 73 años de edad (Media: 49,66 \pm 13,04 años) con los siguientes diagnósticos de cáncer: mama (26,3 %), linfoma no Hodgkin (15,8 %), pulmón (10 %), colon (15,8 %), ovarios y osteosarcoma (5,3 % cada tipo), sarcoma intraóseo, ganglios suprarrenales, óseo, útero, útero con metástasis en pulmón, mama con metástasis en pulmón, síndrome nefrolítico, linfoma lisoplasmático, (2,6 % cada tipo). La mitad de los pacientes recibió sólo quimioterapia como tratamiento al momento del estudio, mientras que el resto recibió tratamientos combinados: cirugía y quimioterapia (34,2 %), radioterapia y quimioterapia (7,9 %), quimioterapia, radioterapia y cirugía (5,3 %) y cirugía, transplante y quimioterapia (2,6 %). El tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue de entre 0 y 9 años (Mediana = 1, Rango Intercuartil = 2).

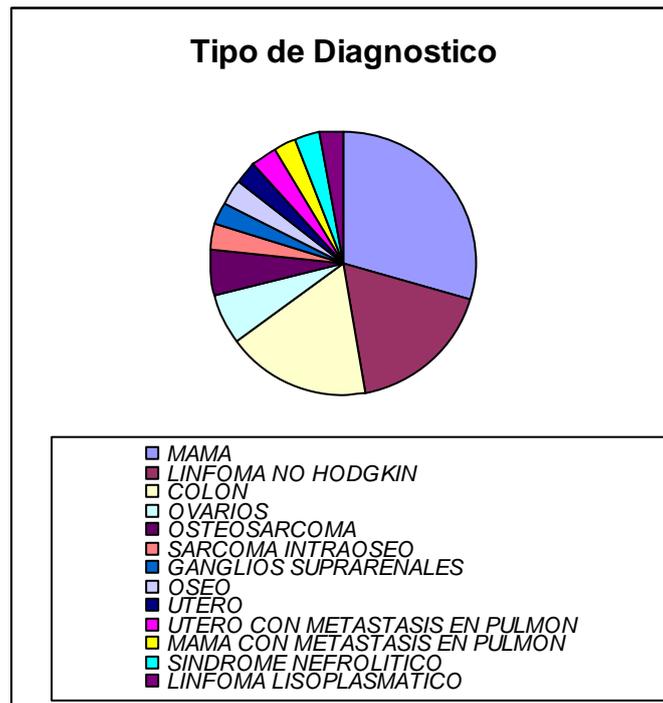


Gráfico 1: Porcentajes de los distintos tipos de diagnosticos

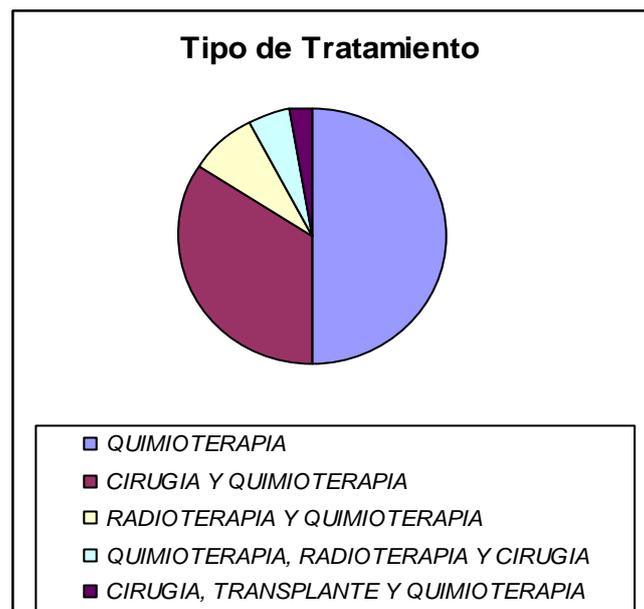


Gráfico 2: Porcentaje de los distintos tipo de tratamiento

El grupo control estuvo compuesto por 33 sujetos sanos (18 de ellos mujeres) de entre 27 y 75 años (Media: $50,45 \pm 13,48$ años), comparables en edad promedio a los pacientes ($T(69) = 0,529$, $p = 0,599$).

Las características sociodemográficas de ambos grupos se describen en la tabla 1. Los dos tuvieron una proporción similar de varones (aproximadamente 45 %), y sujetos con educación secundaria completa o

superior (60,43 % en el grupo de pacientes y 69,69 % en el grupo de controles). En el grupo de pacientes fueron mayoría los sujetos solteros (42,11 %), mientras que en el de controles los casados (60,61 %), pero las diferencias en la proporción de las categorías no fueron estadísticamente significativas. Solamente se encontraron diferencias en la variable “Situación Laboral” ($\chi^2 = 18,438$ $p < 0,001$): el grupo de los pacientes estuvo compuesto principalmente por jubilados y pensionados (76,3 %), mientras que en el de los sujetos sanos predominaron los empleados (60,6%).

Variable	Valores	Pacientes oncológicos		sujetos sanos		Estadístico	
		N	%	N	%	χ^2	p
Género	Varón	17	44,74	15	45,45	0,004	0,952
	Mujer	21	55,26	18	54,55		
Estado civil	Soltero	16	42,11	6	18,18	5,245	0,155
	Casado	14	39,47	20	60,61		
	Divorciado	5	13,16	4	12,12		
	Viudo	2	5,26	3	9,09		
Nivel Educativo	Primario Inc.	1	2,63	2	6,06	2,898	0,741
	Primario com.	6	15,79	2	6,06		
	Secund. Inc.	8	21,05	6	18,18		
	Secund. Com.	12	31,58	13	39,39		
	Univer. Inc.	5	13,16	3	9,09		
	Univer. Com.	6	15,79	7	21,21		
Situación Laboral	Empleado	9	23,68	20	60,61	18,438**	< 0,001
	Jub / pens.	29	0	9	12,12		
	Desempleado	0	76,32	4	27,27		

TABLA 1. Comparación de variables sociodemográficas del grupo de pacientes oncológicos y los controles sanos. ** $p < 0,001$.

Instrumentos y materiales de evaluación

- 1. Cuestionario Ad. Hoc.** Se tomará con el fin de recolectar datos sociodemográficos. Los datos a investigar son: a) Edad: se midió en años del sujeto, b) Estado civil: se consideran como posibles categorías, soltero, casado, divorciado, viudo, c) Nivel Educativo: se consideran posibles categorías, primario completo, primario incompleto, secundario completo, secundario incompleto, terciario/ universitario completo, terciario/ universitario incompleto, d) Situación Laboral: se consideran posibles categorías, empleado, desempleado, jubilado/ pensionado, e) Tipo de Diagnostico, f) Tiempo de Diagnostico: se calculara la diferencia en años desde el año de diagnostico a la actualidad, g) Tipo de Tratamiento.
- 2. Cuestionario de Patrón de Conducta tipo C -PCTC-** (López, Ramírez, Esteve & Anarte 2002) en su adaptación colombiana (Amaya, Gordillo & Restrepo-Forero, 2006): Este cuestionario obtuvo una consistencia interna total de 0,7864 y está compuesto por 26 ítems que se agrupan en cinco factores, (a) Control Emocional (ítems 11*, 4, 20, 6, 7): con ítems alusivos al grado en que los individuos utilizan la razón y la lógica para evitar emociones socialmente consideradas como negativas, (b) Represión Emocional(ítems 12, 16, 18, 21, 22): con ítems cuyo contenido se refería a la inhibición de la expresión de emociones consideradas socialmente como negativas, (c) Racionalidad (ítems 1*, 9, 13*, 17): con ítems que hacían referencia al uso de la razón y la lógica como modo general de enfrentarse al mundo, (d) Necesidad de Armonía (ítems 3, 10, 15): con ítems indicativos de la inclinación del individuo a velar por el equilibrio en sus reacciones interpersonales y (e) Comprensión (ítems 2, 5, 8*, 14, 19, 23) : con ítems que se referían al grado en que las personas intentan ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos.

Para puntuar esta técnica, se le asignara a la respuesta SI la puntuación de 1 y al NO la puntuación de 0, hay que tener en cuenta las

puntuaciones invertidas de los ítems 1, 8, 11 y 13. Luego se sumaran los puntajes brutos.

- 3. Escala de Ansiedad Rasgo de Spielberger STAI-R** (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1983) en su adaptación argentina (Leibovich de Figueroa, 1991): Este instrumento consta de 40 ítems los cuales evalúan Ansiedad- Rasgo (A/R) y Ansiedad- Estado(A/E), agrupados en dos sub-escalas A/E (ítems 1-20) y A/R (ítems 21-40). La consistencia interna encontrada fue de 0,93 para A/E y 0,87 para A/R, los dos evaluados con el coeficiente KR-20 (Kuder- Richardson). Las puntuaciones de estas escalas pueden variar de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Los mismos sujetos se evalúan en una escala que va de 0 a 3 puntos en cada elemento, las categorías son las siguientes: A/E, 0 –nada, 1-algo, 2 –bastante, 3 –mucho; y A/R 0 –Casi Nunca, 1 –A veces, 2 –A menudo, 3 –Casi siempre. Al puntuar hay que tener en cuenta las puntuaciones invertidas para la sub- escala A/E los ítems son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20; y para la sub- escala de A/R los ítems son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.
- 4. EORTC QLQ-C30 3.0:** La escala EORTC QLQ-C30 (Aaronson et al, 1993) es uno de los instrumentos más utilizados a nivel mundial para la evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer. Ha sido adaptado y validado en más de 60 países (incluyendo Argentina) y sus datos normativos se construyeron a partir de una muestra internacional de más de 23.000 pacientes oncológicos. Incluye cinco escalas funcionales: funcionamiento físico, rol emocional, social y cognitivo; tres escalas de síntomas: fatiga, dolor, y náusea/vómitos y una escala global de salud/calidad de vida. Además de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales de disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea, y el impacto financiero. Consta de 30 preguntas las cuales cuentan con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, excepto en la escala global que tiene siete. El procedimiento para calcular los puntajes global, de las escalas de función e individuales requiere convertir los puntajes brutos a una escala de 0 a 100 mediante las fórmulas siguientes:

- Escalas de función: $1 - (PB - 1) / R * 100$, donde PB es el puntaje bruto de escala calculado como el promedio de los ítems que la componen y R es el rango de puntajes de los ítem de la escala (diferencia entre el valor máximo y mínimo)
- Escalas de síntomas y Escala Global: $(PB - 1) / R * 100$

De esta manera, puntajes mayores en las escalas transformadas Global y de Función indican una mejor calidad de vida, y en la escala de Síntomas representan mayor padecimiento por incidencia del síntoma en la calidad de vida. Un estudio reciente (Hinz et al., 2012) sugirió agregar a la evaluación tres puntajes adicionales: uno Total, calculado a partir de todos los ítems de la escala (luego de invertir los valores para síntomas y función), uno de Función (promedio de los 15 ítems de las escalas de funcionamiento) y uno de Síntomas (promedio de las escalas de síntomas). Este estudio concluyó que los puntajes Total y de Función posee mayor fiabilidad y validez que el puntaje Global aislado, por lo cual, se calcularon dichos valores adicionalmente para el presente estudio.

Procedimiento

En primer lugar se concurrió a las distintas instituciones presentando el Plan de T.I.F. con el fin de obtener la habilitación para ingresar al campo; una vez concedido el permiso se tomó contacto con los pacientes, a los cuales se les informó el sentido del estudio; posteriormente a todos aquellos que quisieron participar bajo su propio consentimiento se les administró las técnicas anteriormente descriptas.

Luego se administró al grupo control el PCTC.

Por último se evaluó dichas técnicas e indagó las posibles relaciones sobre las variables nombradas.

RESULTADOS

PATRÓN DE CONDUCTA TIPO C PCTC: PACIENTES Y CONTROLES, ASOCIACIÓN ENTRE DIMENSIONES

La fiabilidad del cuestionario PCTC se estimó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. La escala total obtuvo un alfa aceptable de 0,740, mientras que los puntajes de las dimensiones individuales estuvieron ligeramente por debajo: Racionalidad ($\alpha = 0,657$), Comprensión ($\alpha = 0,680$), Necesidad de Armonía ($\alpha = 0,628$), Control Emocional ($\alpha = 0,666$) y Represión Emocional ($\alpha = 0,756$).

Dentro del grupo de pacientes oncológicos, los puntajes más altos se observaron en las escalas de Comprensión (Mediana = 4, Rango Intercuartil = 1,25), Control Emocional (Med. = 3,5, R.I. = 3) y Represión Emocional (Med. = 4, R.I. = 1,25). En el grupo de sujetos sanos, los puntajes más altos se observaron en Comprensión (Med. = 3, R.I. = 2) y Represión Emocional (Med. = 3, R.I. = 3).

La prueba de Kolmogorov-Smirnov indicó que los puntajes de las dimensiones del inventario de patrón de conducta tipo c no se distribuyen normalmente ($Z's > 1.622$, $p's < 0,10$). Por lo tanto, los mismos fueron comparados con estadístico U de Mann-Whitney. Los pacientes oncológicos obtuvieron puntajes más altos en las escalas de Comprensión ($U = 308,5$, $p < 0,001$), Control Emocional ($U = 324,5$; $p < 0,001$) y Represión Emocional ($U = 431,5$, $p = 0,020$). Este resultado indica que los pacientes tendrían una mayor tendencia a adoptar posiciones empáticas y ponerse en el lugar del otro cuando son perjudicados en sus vínculos interpersonales, regular sus emociones mediante la racionalización y suprimir emociones socialmente negativas. La mediana y rango intercuartil de las dimensiones para cada grupo se describen en la tabla 2.

Dimensión PCTC	Pacientes oncológicos	sujetos sanos	U de Mann-Whitney	
	(Mediana y R.I.)	(Mediana y R.I.)	U	p
Racionalidad	2 ± 2	2 ± 1,5	622,5	0,963
Comprensión	4 ± 1,25	3 ± 2	308,5**	0,000
Necesidad de Armonía	2 ± 2	2 ± 2	557,5	0,409
Control Emocional	3,5 ± 3	2 ± 1	324,5**	0,000
Represión Emocional	4 ± 1,25	3 ± 3	431,5*	0,020

TABLA 2. Comparación de las dimensiones del cuestionario PCTC entre pacientes oncológicos y sujetos sanos. *p<0.05, **p<0.001

Adicionalmente, se analizó la asociación entre las dimensiones del cuestionario tipo c mediante el coeficiente de correlación rho de Spearman. La dimensión de Control Emocional se asoció moderadamente a Represión Emocional (rho = 0,531 p <0,001) y Comprensión (rho = 0,413, p < 0,001), y débilmente a Racionalidad (rho = 0,326 p =0,006). Represión Emocional, por su parte, se asoció a débilmente a Necesidad de Armonía (rho = 0,309 p =0,009) y Comprensión (rho = 0,298 p =0,012).

Por último, se analizó la relación entre variables sociodemográficas y las dimensiones del PCTC en cada uno de los grupos. En los pacientes oncológicos, se observó que los varones tuvieron puntajes más altos de Necesidad de Armonía (U = 127, p = 0,009) y que los sujetos con educación terciaria o superior tuvieron menores puntajes de Represión Emocional (Kruskal-Wallis = 9,740, p = 0,005) y Control Emocional (Kruskal-Wallis = 6,048, p = 0,045). Adicionalmente, se observó que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico se asoció negativamente con la Necesidad de Armonía (rho = -0,395, p = 0,014), mientras que los puntajes de Control Emocional aumentaron con la edad de los sujetos (rho = -0,375, p = 0,021). En los sujetos controles, se observó que la Necesidad de Armonía aumenta con la edad (rho = 0,438, p = 0,011) y se repitió la tendencia a menor Control Emocional en sujetos con mayor nivel educativo, pero sin alcanzar significación estadística (Kruskal-Wallis = 5,792, p = 0,055).

ANSIEDAD-ESTADO AL MOMENTO DE LA QUIMIOTERAPIA Y ANSIEDAD-RASGO

La consistencia interna de ambas escalas se estimó a través del coeficiente Alfa de Cronbach. Se obtuvo un buen nivel de alfa para ambas escalas, de 0,913 para la Ansiedad-Estado y de 0,886 para Ansiedad-Rasgo. Los pacientes tuvieron un promedio de $39,13 \pm 11,68$ de Ansiedad-Estado al momento de la quimioterapia y de $45,81 \pm 12,19$ de Ansiedad-Rasgo. La mitad de los sujetos de la muestra obtuvo puntajes de Ansiedad-Rasgo por encima del percentil 83 (según la adaptación de Leibovich de Figueroa, 1991), y el 25% puntuó por encima del percentil 98. Por otro lado, sólo el 26,3% de la muestra tuvo valores de ansiedad rasgo inferiores al percentil 66. Por lo tanto, se observaron rasgos de ansiedad elevados en la mayor parte de los pacientes oncológicos.

Se calculó la relación entre ambas escalas de Ansiedad y las dimensiones del PCTC, encontrándose una asociación negativa moderada entre Comprensión y Ansiedad-Rasgo ($\rho = -0,467$ $p = 0,003$) y débil con Ansiedad-Estado ($\rho = -0,335$ $p = 0,046$). De acuerdo a lo esperable, la asociación entre ambas escalas de Ansiedad resultó elevada ($\rho = 0,809$, $p < 0,001$): los sujetos con rasgos ansiosos más marcados respondieron con mayores niveles de ansiedad al momento de la quimioterapia.

Para analizar potenciales efectos de las variables sociodemográficas sobre las escalas de ansiedad, se realizó un ANOVA con los factores Género, Estado Civil, Nivel Educativo Alcanzado y Situación Laboral, y Edad y años de diagnóstico como covariables. No se encontraron efectos significativos sobre la Ansiedad-Rasgo ($F's < 1,877$, $p > 0,170$) o Estado ($F's < 1,769$, $p < 0,136$). Tampoco se observaron asociaciones significativas con la edad o el número de años transcurridos desde el diagnóstico.

ASOCIACIONES ENTRE PATRÓN DE CONDUCTA TIPO C, ANSIEDAD RASGO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES.

Se calculó el alfa de Cronbach de las siguientes escalas del EORTC QLQ-C30, obteniéndose niveles de fiabilidad muy buenos en la mayoría de los casos: Puntaje Global ($\alpha = 0,694$), Total ($\alpha = 0,886$), Función ($\alpha = 0,888$) y Síntomas ($\alpha = 0,900$).

El Puntaje Global, que refleja la percepción subjetiva de la calidad de vida de los pacientes fue de $67,76 \pm 19,77$, y se asemejó a la estimación arrojada por el puntaje total de escala $61,12 \pm 22,73$ (calculado de acuerdo a Hinz et al., 2012). El puntaje Global registrado en la muestra fue similar a la media obtenida en una muestra internacional de pacientes oncológicos, según el manual de valores de referencia de la QLQ-C30 (Scott et al., 2008) (Media = $61,3 \pm 24,2$), por lo tanto, la calidad de vida percibida por los sujetos de la muestra fue similar a los datos normativos reportados en la literatura.

El puntaje promedio que sintetiza la calidad de vida percibida en las diferentes escalas de funcionamiento fue de $61,03 \pm 25,66$, mientras que la media de la Escala Sintomática fue $40,79 \pm 25,97$. Los puntajes de las subescalas individuales de Función y Síntomas se detallan en los gráficos 3 y 4. Los pacientes tuvieron el puntaje más alto de calidad de vida en la escala de Funcionamiento Físico ($M = 72,29 \pm 22,5$). Por otro lado, los síntomas que más incidencia tuvieron en la calidad de vida fueron la Fatiga ($M = 57,89 \pm 37,18$), el Insomnio ($M = 61,40 \pm 22,43$) y las Dificultades Financieras ($M = 57,83 \pm 24,10$).

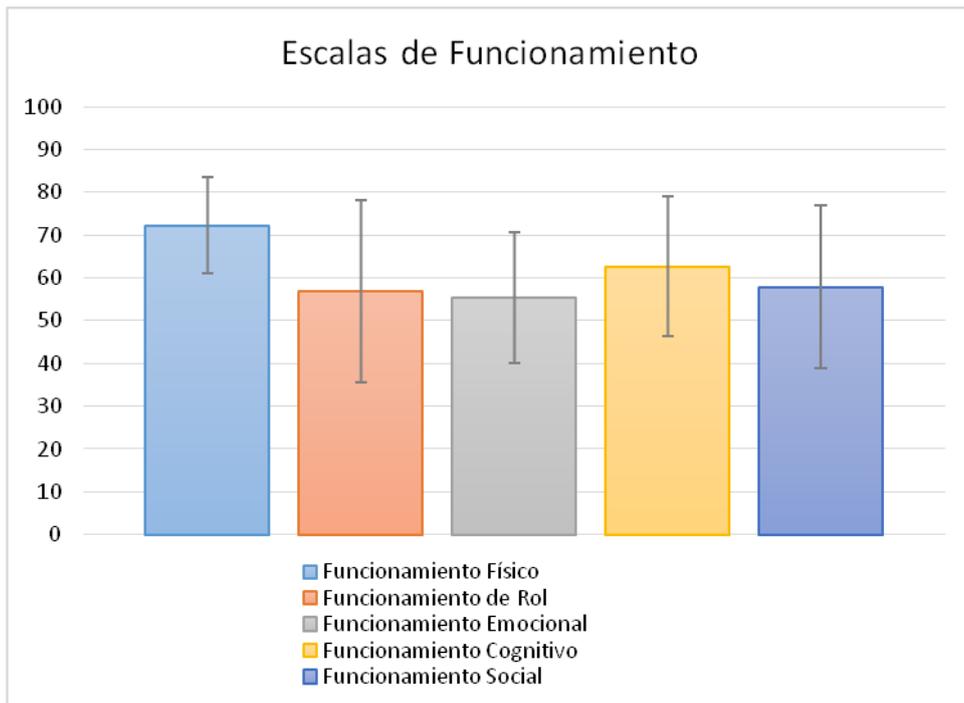


Gráfico 3. Media y desvíos de las subescalas de Funcionamiento del QLQ-C30

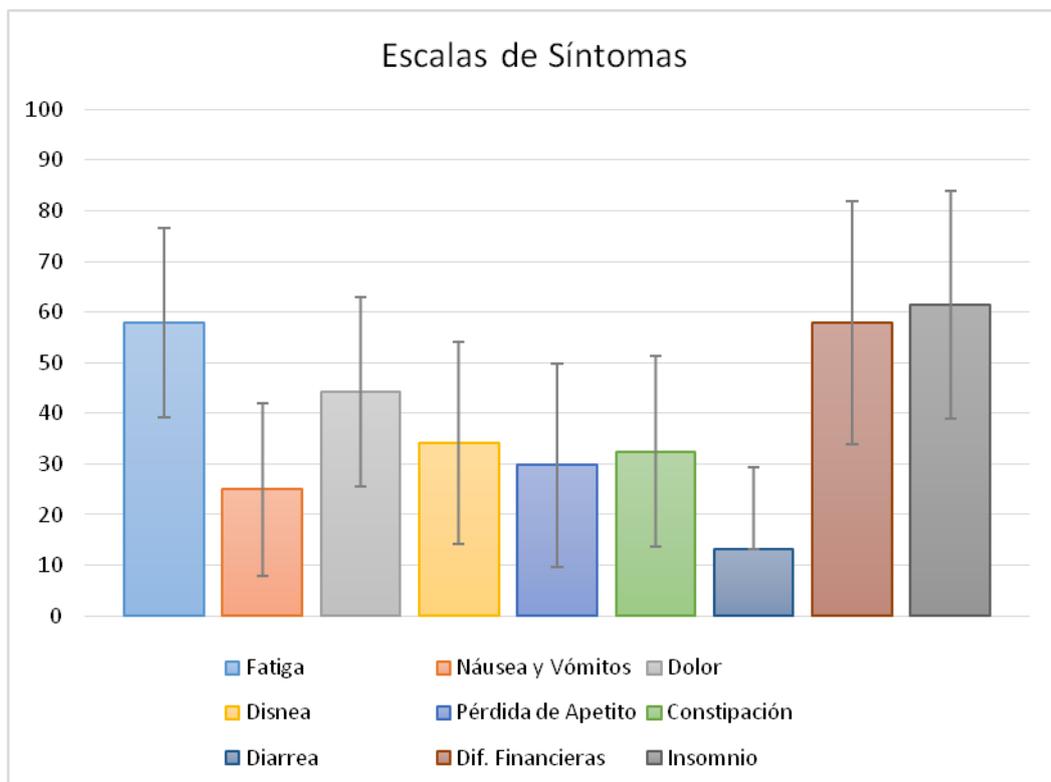


Gráfico 4. Media y desvíos de las subescalas de Síntomas del QLQ-C30

Se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman entre los puntajes de la escala de calidad de vida, el cuestionario de patrón de conducta

tipo c y los puntajes de Ansiedad Rasgo y Estado de los pacientes oncológicos. En relación al PCTC, sólo se encontró una correlación media entre la escala de Estado de Salud Global y la dimensión Comprensión ($\rho = 0,365$ $p = 0,024$). Sin embargo, dado que existe una correlación negativa entre Comprensión y Ansiedad-Rasgo y que Ansiedad-Rasgo se socia negativamente al puntaje de Salud Global, se calculó la correlación parcial entre Comprensión y Escala Global controlando la asociación con Ansiedad. En este caso, no se alcanzó el nivel de significación.

En cuanto al puntaje de Ansiedad-Rasgo, se encontraron correlaciones negativas de intensidad media con: Estado de Salud Global ($\rho = -0,650$, $p < 0,001$), Puntaje total ($\rho = -0,535$, $p = 0,001$) y Función ($\rho = -0,451$, $p = 0,005$); y una correlación positiva con la escala de Síntomas ($\rho = 0,464$, $p = 0,003$). La escala de Ansiedad-Estado tuvo correlaciones negativas de magnitud similar con los mismos puntajes, pero resultaron no significativos al controlar la correlación con Ansiedad-Rasgo mediante correlaciones parciales.

Variable		QLQ Global	QLQ puntaje total	QLQ función	QLQ síntomas
RACIONALIDAD	Coefficiente de correlación	-,095	,103	,140	-,001
	Sig. (bilateral)	,571	,538	,402	,995
COMPRESION	Coefficiente de correlación	,365(*)	,281	,145	-,294
	Sig. (bilateral)	,024	,087	,385	,073
NECESIDAD DE ARMONIA	Coefficiente de correlación	-,028	,104	,287	-,059
	Sig. (bilateral)	,866	,534	,080	,727
CONTROL EMOCIONAL	Coefficiente de correlación	-,220	,110	,308	,007
	Sig. (bilateral)	,185	,512	,060	,969
REPRESION EMOCIONAL	Coefficiente de correlación	-,289	-,092	,264	,194
	Sig. (bilateral)	,078	,585	,109	,243
Ansiedad Estado	Coefficiente de correlación	-,555(**)	-,538(**)	-,483(**)	,486(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,003	,003
Ansiedad Rasgo	Coefficiente de correlación	-,650(**)	-,535(**)	-,451(**)	,464(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,005	,003

TABLA 3. Correlaciones de Spearman entre Puntajes de escala QLQ-C30, PCTC y STAI. ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Adicionalmente, se calculó la asociación entre los puntajes de las subescalas individuales de función y síntomas de QLQ C30, las dimensiones del PCTC y las escalas del STAI. Se observaron las siguientes asociaciones:

- El Funcionamiento Físico se asoció moderadamente con: Comprensión (Rho = 0,396, p =0,014), Necesidad de Armonía (Rho = 0,365, p =0,024), Control emocional (Rho = 0,375, p =0,020) y Represión emocional (Rho = 0,363, p =0,025).

- El Funcionamiento Emocional se asoció moderadamente con Racionalidad (Rho = 0,362, p =0,025), Comprensión (Rho = 0,476, p =0,003) y Control Emocional (Rho = 0,385, p =0,017), y negativamente con Ansiedad-Rasgo (Rho = - 0,561, p < 0,001).

- El Funcionamiento social se asoció positivamente con Necesidad de Armonía (Rho = 0,509, p = 0,001).

- En las escalas de síntomas, se encontró una asociación positiva moderada entre Insomnio y Represión Emocional (Rho = 0,372, p = 0,021).

- El puntaje de Ansiedad-Rasgo se asoció moderada y negativamente con las escalas de Funcionamiento: Físico (rho = -0,464, p = 0,004), Cognitivo (rho = -0,516, p = 0,001), Emocional (rho = -0,682, p = 0,001) y Social (rho = -0,421, p = 0,008), y positivamente con los síntomas de: Fatiga (rho = 0,386, p = 0,017), Náusea y Vómitos (rho = 0,395, p = 0,014), Disnea (rho = 0,428, p = 0,007), Dificultades Financieras (rho = 0,372, p = 0,021) e Insomnio (rho = 0,372, p = 0,021). Correlaciones similares se observaron para los puntajes de Ansiedad-Estado (ver tabla 4 y 5).

		Funcionamiento Físico (revisado)	Desempeño de Funciones (revisado)	Funcionamiento Emocional	Funcionamiento Cognitivo	Funcionamiento Social
RACIONALIDAD	Coefficiente de correlación	,218	-,100	,362(*)	,092	,082
	Sig. (bilateral)	,189	,552	,025	,581	,623
COMPRESION	Coefficiente de correlación	,396(*)	-,107	,476(**)	-,058	,175
	Sig. (bilateral)	,014	,523	,003	,729	,294
NECESIDAD DE ARMONIA	Coefficiente de correlación	,365(*)	,234	,135	-,109	,509(**)
	Sig. (bilateral)	,024	,157	,420	,515	,001

CONTROL EMOCIONAL	Coeficiente de correlación	,375(*)	,201	,385(*)	,096	,210
	Sig. (bilateral)	,020	,227	,017	,566	,206
REPRESION EMOCIONAL	Coeficiente de correlación	,363(*)	,172	,296	-,083	,319
	Sig. (bilateral)	,025	,301	,071	,620	,051
ANSIEDAD ESTADO	Coeficiente de correlación	-,456(**)	-,177	-,665(**)	-,577(**)	-,361(*)
	Sig. (bilateral)	,005	,302	,000	,000	,031
ANSIEDAD RASGO	Coeficiente de correlación	-,464(**)	-,087	-,682(**)	-,516(**)	-,421(**)
	Sig. (bilateral)	,003	,605	,000	,001	,008

TABLA 4. Correlaciones de Spearman entre Puntajes de Función QLQ-C30, PCTC y STAI. ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

		Racionalidad	Comprensión	Nec. De Armonía	Control Emocional	Represión Emocional	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Fatiga	Rho	-,035	-,260	-,178	,026	,059	,457(**)	,386(*)
	P	,834	,114	,285	,876	,727	,005	,017
Nauseas y Vómitos	Rho	-,071	-,274	,104	-,023	,177	,514(**)	,395(*)
	P	,673	,096	,534	,889	,288	,001	,014
Dolor	Rho	-,150	-,304	-,166	-,158	-,095	,272	,298
	P	,370	,064	,320	,343	,570	,108	,069
Disnea	Rho	,023	,008	,048	,129	,273	,645(**)	,428(**)
	P	,889	,961	,775	,439	,097	,000	,007
Perdida de Apetito	Rho	-,025	-,001	-,029	-,284	-,091	,117	,098
	P	,882	,996	,861	,084	,586	,498	,557
Estreñimiento	Rho	,340(*)	,055	,214	,044	,189	,103	,094
	P	,037	,743	,196	,795	,256	,551	,575
Diarrea	Rho	-,151	-,446(**)	,078	-,272	,052	,123	,256
	P	,365	,005	,640	,098	,757	,475	,121
Dificultades Financieras	Rho	,238	-,251	-,001	,268	,218	,277	,346(*)
	P	,150	,129	,996	,104	,188	,102	,034
Insomnio	Rho	,190	-,103	,054	,193	,372(*)	,399(*)	,372(*)
	P	,254	,540	,746	,245	,021	,016	,021

TABLA 5. Correlaciones de Spearman entre Puntajes de Síntomas QLQ-C30, PCTC y STAI. ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Los efectos de las variables sociodemográficas sobre las escalas de calidad de vida se analizaron mediante un ANOVA con los factores: Género, Estado Civil, Nivel Educativo Alcanzado y Situación Laboral, y Edad y años desde diagnóstico como covariables. Se observó un efecto significativo del Género sobre la calidad de vida percibida según la Escala Global ($F(1,18) = 6,186$, $p = 0,023$): las mujeres tuvieron mayor calidad de vida percibida que los varones (Varones: $M = 55,55 \pm 13,81$; Mujeres: $M = 67,85 \pm 22,27$). También se encontraron efectos significativos del Estado Civil sobre el puntaje Total del QLQ ($F(1,18) = 4,706$, $p = 0,014$) y el puntaje de Síntomas ($F(1,18) = 4,455$, $p = 0,017$). Las comparaciones post hoc indicaron que los sujetos casados tuvieron mejores puntajes totales que los divorciados ($p = 0,013$; Casados: $M = 68,02 \pm 23,96$; Divorciados: $M = 43,74 \pm 5,89$), y menores puntajes de incidencia de Síntomas en la calidad de vida ($p = 0,023$; Casados: $M = 33,38 \pm 23,66$; Divorciados: $M = 59,86 \pm 6,89$).

DISCUSION Y CONCLUSION

DISCUSION

El siguiente trabajo tuvo como objetivo medir el Patrón de conducta Tipo C, la ansiedad estado-rasgo y la calidad de vida en pacientes oncológicos. También se pretendió examinar si existían relaciones entre las variables anteriormente descritas. Por ultimo se comparo dichas variables con los datos sociodemográficos para determinar posibles asociaciones.

En relación al primer objetivo, se observo que, los pacientes oncológicos obtuvieron puntajes más altos que los del grupo control en las escalas de comprensión, control emocional y represión emocional. Estos resultados indican que los pacientes oncológicos tienen una mayor tendencia a empatizar y ponerse en el lugar de los demás, aún en aquellas situaciones en las que son perjudicados por sus conductas o actitudes. Esta actitud de estoicismo los deja expuestos a mayores costos emocionales en los vínculos e interacciones sociales. Adicionalmente, estos sujetos tendrían mayor tendencia a regular sus propias emociones negativas mediante mecanismos de racionalización, y a suprimir aquellas emociones consideradas como socialmente poco aceptables.

Estos resultados son congruentes con lo que plantea Torres (2006) quien encontró en su estudio que los pacientes que padecen cáncer obtuvieron mayores puntajes en las dimensiones de comprensión, control emocional y represión emocional, además en su estudio se agrega una cuarta dimensión que es la de necesidad de armonía. En los estudios de Anarte et al(2000), se halla concordancia con los puntajes obtenidos en las dimensiones de control emocional, represión emocional y comprensión. Sin embargo Lopez et al (2002) en su estudio realizado encontró que en pacientes oncológicos mujeres las dimensiones en donde se encuentra mayor puntuación son en racionalidad, necesidad de armonía y control emocional. Hasta el momento, la evidencia reportada en la bibliografía no muestra un incremento general de todas las dimensiones del patrón tipo c en pacientes oncológicos, sino que sugiere que algunas dimensiones de este constructo podrían constituir rasgos que los distinguen de la población sana. La mayoría de los estudios coinciden en señalar al Control Emocional como la dimensión más frecuentemente

aumentada. Por lo tanto, nuestros resultados coinciden con la mayor parte de la bibliografía en señalar una mayor tendencia a regular las respuestas emocionales mediante la racionalización en pacientes oncológicos, aunque no permiten determinar si este fenómeno corresponde a una condición pre-existente o está vinculada al curso de la enfermedad. Por otro lado, la ausencia de correlaciones significativas con el tiempo de diagnóstico no permite afirmar que esta tendencia se incremente a medida que la enfermedad se desarrolla en el tiempo.

En segundo termino con respecto de la relación intra-escala se halló una asociación entre represión emocional y control emocional y una asociación entre necesidad de armonía y comprensión. Amaya, Gordillo y Restrepo (2006) hallaron una relación entre la represión emocional y el control emocional, la cual podría relacionarse para formar una dimensión llamada “No expresión emocional”. En discordancia con los resultados obtenidos, en los estudios de Anarte et al. (2002), se encuentra una relación entre control emocional, represión emocional, y comprensión. No se encuentran asociaciones significativas entre comprensión y necesidad de armonía en estudios anteriores.

Cabe destacar que las variables sociodemográficas también tuvieron asociaciones significativas con el patrón de conducta tipo c: los sujetos con mayor nivel educativo alcanzado tuvieron menores puntajes de represión y control emocional, lo cual sugiere un efecto de la formación académica sobre las estrategias de regulación e inhibición emocional que podría analizarse en estudios posteriores. Por otro lado, la Necesidad de Armonía de los pacientes fue mayor en varones y menor en aquellos en aquellos en los que había transcurrido más tiempo desde el diagnóstico. Este último efecto (que fue independiente de la edad), sugeriría que el curso de la enfermedad podría reducir la tendencia de los sujetos de buscar el equilibrio y evitar el conflicto en los vínculos, quizás como consecuencia del desgaste emocional provocado por el afrontamiento de la enfermedad. Esta tendencia, que no se ha reportado en estudios anteriores, debería confirmarse en una muestra a mayor escala antes de aventurar conclusiones adicionales.

En relación a las diferentes posiciones teóricas sobre la relación entre patrón de conducta tipo c y cáncer, nuestros resultados no permiten discriminar

entre la hipótesis de que constituye un rasgo de personalidad premórbida que contribuye como factor de riesgo (Temoshok, 1987, Fernández, Ballesteros y Garde, 1998) y la de que se trata de un mecanismo de afrontamiento frente a la enfermedad, probablemente compartida por otras enfermedades crónicas (López et al, 2002). No obstante, dado que no existe evidencia positiva obtenida a partir de estudios prospectivos que apoye la primera hipótesis, consideramos más probable que nuestros resultados reflejen los efectos de una estrategia de afrontamiento adoptada por los sujetos a lo largo del curso de la enfermedad. Estudios longitudinales futuros realizados a mayor escala podrían: 1) estudiar la evolución del patrón tipo c durante la enfermedad, 2) verificar si los sujetos con puntajes más altos de patrón tipo c tienen riesgo aumentado de contraer cáncer, y si los puntajes en las dimensiones son predictores del curso y la mortalidad de la enfermedad. 3) comparar diferentes tipos de cáncer, ya que existe evidencia de que ciertos rasgos de personalidad (como la tendencia racional/antiemocional) podrían asociarse a riesgos mayores de algunas formas específicas de cáncer (Lemogne, 2013).

En cuanto al segundo objetivo planteado, medir la ansiedad estado-rasgo en pacientes oncológicos, los baremos argentinos indicarían que la mayoría de los pacientes oncológicos tienen rasgos de ansiedad elevados. Estos resultados se reafirman con los descriptos por Pereira, Figueredo & Fincham (2011), quien encontraron en sus estudios que los pacientes en tratamiento quimioterapéutico presentan más ansiedad que otros al igual que los diagnosticados con más de un año. Priede (2016), también encontró niveles altos de ansiedad en pacientes oncológicos, además el describió que estos tendrían una relación directa con la supresión de pensamientos y la rumiación. Se ha propuesto que la ansiedad elevada en pacientes con cáncer es consecuencia tanto del diagnóstico y la percepción de la enfermedad como amenaza como del tratamiento y sus efectos adversos (Stark y House, 2000). En este sentido, es significativo que aquellos sujetos con rasgos ansiosos más marcados fueron los que presentaron puntajes más altos de ansiedad-estado al momento de la quimioterapia. Dado que los niveles de ansiedad inciden negativamente sobre el funcionamiento neuroendócrino e inmunológico de los pacientes, este rasgo de personalidad constituye uno de los potenciales predictores negativos del curso de la enfermedad, del éxito del tratamiento y

del detrimento de la calidad de vida (tal como se describe en el análisis del tercer objetivo), por lo que es fundamental considerarlo en el acompañamiento psicológico del paciente oncológico. La identificación del tono de ansiedad general de los pacientes, así como de las situaciones particularmente ansiógenas a las que está expuesto, permitiría diseñar estrategias e intervenciones para reducir el impacto de los estresores inherentes a la enfermedad y mejorar sus respuestas de afrontamiento. En contraposición, encontramos un estudio realizado por Cano (2005) en donde a partir de una revisión de estudios concluye que los pacientes con cáncer presentan niveles bajos de ansiedad en comparación a la población general. Si bien no encontramos evidencia directa en nuestro estudio, es posible que factores culturales o psicosociales (como la presencia de apoyo social) puedan modular las respuestas de ansiedad de los pacientes, explicando así los resultados de este estudio en particular. Por otro lado, la mayor parte de la bibliografía indica niveles de ansiedad más elevados en pacientes oncológicos, asociados tanto a la enfermedad como al tratamiento quimioterapéutico.

Otro dato para remarcar es la asociación que mostraron los resultados respecto de la dimensión de comprensión del PCTC y la ansiedad estado-rasgo, a mayor nivel de puntuación en la dimensión de comprensión menores puntajes obtenidos en las escalas de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en el momento de la quimioterapia. A partir de los resultados del estudio, no es posible determinar la causalidad responsable de esta asociación: podría ser que una ansiedad elevada impide adoptar un punto de vista empático y tolerante ante los conflictos interpersonales, o bien que esta disposición favoreciera a la reducción de la ansiedad generada por los conflictos interpersonales. No obstante, dado que la ansiedad rasgo se relaciona negativamente con la escala de funcionamiento social de calidad de vida, consideramos que la primer alterativa sea quizás la más probable.

En relación al tercer objetivo planteado, medir la calidad de vida en pacientes oncológicos, se halló que la percepción general de la calidad de vida (escala Global) fue similar a la reportada por la Escala Total. El puntaje más alto en la escala de función fue en Funcionamiento Físico, mientras que los síntomas de mayor incidencia en calidad de vida fueron: Fatiga, Insomnio y dificultades financieras. En concordancia con los resultados obtenidos existe un

estudio realizado por Vinaccia et al. (2014), el cual muestra niveles altos en la escala global y física, lo que indicaría una calidad de vida favorable, en tanto existe discrepancia en los aspectos sintomáticos ya que muestra puntajes bajos en las variables de náuseas, vómitos, problemas con el sueño, pérdida de apetito, y dificultades financieras.

En el estudio realizado también se encontró una relación inversa entre los sujetos con rasgo ansioso elevado y niveles de ansiedad altos durante la quimioterapia y la calidad de vida; estos pacientes puntuaron más bajos de calidad de vida estimada con escala global y total, mayor incidencia de síntomas y peores puntajes en lo funcional. En particular, los sujetos más ansiosos tuvieron peor funcionamiento físico, social, cognitivo, y emocional según el cuestionario QLQ-C30. Esto tiene sentido teniendo en cuenta el impacto negativo de la ansiedad en la calidad de vida, como muestra la investigación de Riveros, Cortazar, Alcazar y Sánchez (2005), donde refieren que una reducción de ansiedad incide positivamente en la calidad de vida de la persona. Llaja, Sarria, García & Egoavil (2016) también encontraron una correlación negativa entre la ansiedad y la calidad de vida. Pérez (2016) también encontró que pacientes oncológicos que presentaban mayor ansiedad, puntuaban más baja calidad de vida. Estos resultados destacan nuevamente la relevancia de esta variable para el acompañamiento terapéutico del paciente oncológico, dado que los sujetos con mayor disposición ansiosa están expuestos a sufrir un mayor detrimento de la calidad de vida en todas sus dimensiones, incluyendo una mayor incidencia de los síntomas de la enfermedad. Intervenciones destinadas a reducir la ansiedad basal y moderar las respuestas ansiosas conducirían entonces a una mejora en los síntomas y la calidad de vida, y podrían incidir en la respuesta al tratamiento a través de sus efectos en las vías neuroendócrinas e inmunológicas involucradas.

Otra asociación encontrada tiene que ver con el funcionamiento físico y emocional, el cual se relacionó positivamente con las dimensiones de comprensión, necesidad de armonía y represión emocional del PCTC. Si bien el patrón tipo c se considera un factor de riesgo premórbido o un estilo de afrontamiento emocionalmente costoso para los pacientes oncológicos, nuestros resultados sugieren que algunas de las dimensiones podrían asociarse a una mejor calidad de vida en los pacientes en tratamiento. Detectar

potenciales fortalezas en la personalidad de los pacientes permitiría diseñar intervenciones que aprovechen las capacidades de los pacientes para potenciar su calidad de vida.

Por ultimo se encontraron efectos del género y el estado civil sobre la calidad de vida, las mujeres puntuaron mejor que los varones y los casados puntuaron mejor respecto de los divorciados. En discrepancia con esto, en el estudio realizado por Pérez, (2016) las mujeres puntuaron menor calidad de vida que los hombres. Sin embargo, los resultados obtenidos coinciden con el estudio de Sánchez et al. (2016) quien muestra que las mujeres presentan mejor calidad de vida que los hombres. Con respecto al estado civil, si bien no se encontró estudios donde se relacionen estas variables, si se ha reportado evidencia de que el apoyo social y afectivo son variables que se relacionan positivamente con la calidad de vida de los pacientes (Sánchez et al., 2016; Coyotl, 2016).

Limitaciones del estudio:

La investigación debería reproducirse en estudios posteriores con mayor tamaño de muestra. Además, la aplicación de diseños longitudinales prospectivos permitiría analizar la potencial contribución del patrón tipo c y la ansiedad como factores de riesgo y/o incremento de la mortalidad del cáncer, así como su evolución a lo largo del tratamiento.

Estudios futuros estudios podrían también comparar grupos con diferentes tipos de cáncer.

Por otro lado, las escalas de ansiedad y calidad de vida podrían compararse con sujetos controles sanos.

CONCLUSION

Se verifica que los pacientes oncológicos presentan rasgos acentuados de Comprensión, Control y Represión Emocional del patrón tipo c. Teniendo en cuenta la evidencia previa, es probable que estos resultados reflejen una estrategia de afrontamiento ante el cáncer, que podría ser compartida por otras enfermedades crónicas. Por otro lado, los rasgos del patrón pueden contribuir positivamente a ciertos aspectos de la calidad de vida.

Por su parte, la ansiedad fue el rasgo más fuertemente asociado a la calidad de vida, es un predictor negativo del funcionamiento y positivo de la incidencia sintomática. Por lo tanto, ambos factores resultan relevantes para considerar en el acompañamiento psicológico del paciente oncológico, en este punto el psicólogo debería trabajar sobre las ansiedades del paciente para que estas disminuyeran y con ella los síntomas y produjera una mejora en el funcionamiento de la persona (emocional, cognitivo, físico), Según la evidencia esto repercutiría de manera favorable en el tratamiento oncológico del paciente y aumentaría su calidad de vida percibida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aaronson , Ahmedzai , Bergman , Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC: The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 1993, 85:365-376
- Amaya, A., Gordillo, L. y Restrepo-Forero, M.(2006).Validacion del Cuestionario PCTC en población colombiana.*Avances en Medicina*, 4, 91-112.
- Amaya, A., Parra, E., (setiembre, 2010). Evaluacion del Patron de Conducta C y su Relacion con el Control Emocional en Pacientes Oncologicos. *Vanguardia Psicologica*, 1 (1).70-87
- Anarte, M. T., López, A. E., Ramírez, C., & Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de psicología*, 16(2), 133-141.
- Andreu, Y. (1998). Algunas consideraciones conceptuales y metodológicas en la investigación sobre el patrón de la conducta tipo c. *Análise psicológica*, 4, (16), 569-579.
- Antoni MH, Lutgendorf S (2007) Psychosocial factors and disease progression in cancer. *Curr Dir Psychol Sci* 16: 42–46
- Baena, A., Almonte, M., Valencia, M. L., Martínez, S., Quintero, K., & Sánchez, G. I. (2011). Tendencias e indicadores sociales de la mortalidad por cáncer de mama y cuello uterino: Antioquia, Colombia, 2000-2007. *Salud pública de méxico*, 53(6), 486-492.
- Bleiker EMA, JHCL Hendriks, Otten JDM, Verbeek ALM, van der Ploeg HM (2008) Personality factors and breast cancer risk: a 13-year follow-up. *J Natl Cancer Inst* 100: 213–218.
- Bogg T, Roberts BW (2004) Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychol Bull* 130: 887–919.
- Butow PN, Hiller JE, Price MA, Thackway SV, Kricker A, Tennant CC (2000) Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping

- style, and personality factors in the development of breast cancer. *J Psychosom Res* 49: 169–181
- Cano, A. (2005). Control Emocional, estilo represivo de afrontamiento y cancer: ansiedad y cancer. *Psicooncología*, 2 (1), 71-80
- Cardinali, D. (2007). Neurociencia Aplicada (1° Ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana
- Costa, G., & Ballester, R. (2010). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Psicooncología*, 7(2/3), 453.
- Coyotl, E., Morales, F. A., Xicali, N., Torres, A., del Socorro Villegas, M., Tenahua, I., & Arriola, G. (2016). Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *European Journal of Health Research*, 1(2).
- Cruzado, J. A. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, (1), 9-19.
- Delgado-Sanz, M. C., García-Mendizábal, M. J., Pollán, M., Forjaz, M. J., López-Abente, G., Aragonés, N., & Pérez-Gómez, B. (2011). Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), 1.
- Dresch, V., Sánchez-López, M. & Aparicio, M. (2008). Personality styles that either protect or make individual's health more vulnerable in a Portuguese sample. *Social behavior and personality*, 36 (10), 1411-1422.
- Eysenck HJ (1994) Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Adv Behav Res Ther* 16: 167–215
- Gómez, M., & Sabeh, E. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- Hansen PE, Floderus B, Frederiksen K, Johansen C (2005) Personality traits, health behavior, and risk for cancer. *Cancer* 103: 1082–1091
- Hernandez, R., Fernandez, C. & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación (5° Ed.) Mexico: Mc Graw Hill

- Instituto Nacional del Cancer (2015). ¿Qué es el Cancer?. E.E. UU: National Cancer Institute. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Jokela M, Elovainio M, Nyberg ST, Taba'k AG, Hintsala T, Batty GD, Kivimäki M (2014a) Personality and risk of diabetes in adults: pooled analysis of 5 cohort studies. *Health Psychol* (in press) doi:10.1037/hea0000003.
- Kissen DM, Eysenck HJ. Personality in male lung cancer patients. *J Psychosom Res* 1962;6:123–7
- Leibovich de Figueroa, N. (1991). Ansiedad: Algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M. M. Casullo, N. B. Leibovich de Figueroa, & M. Aszkenazi. (Eds.) *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp. 123-137). Buenos Aires: Psicoteca Editorial.
- Lemogne C, Consoli SM, Geoffroy-Perez B, Coeuret-Pellicer M, Nabi H, Melchior M, Limosin F, Zins M, Ducimetiere P, Goldberg M, Cordier S (2013) Personality and the risk of cancer: a 16-year follow-up study of the GAZEL cohort. *Psychosom Med* 75: 262–271.
- Lillberg K, Verkasalo PK, Kaprio J, Helenius H, Koskenvuo M (2002) Personality characteristics and the risk of breast cancer: a prospective cohort study. *Int J Cancer* 100: 361–366
- Llaja, V., Sarria, C., García, P., & Egoavil, J. (2016). Estudio neuropsicológico de la ansiedad. Depresión y calidad de vida en pacientes con fibrilación auricular. *PSIQUEMAG*, 4(1).
- López, A., Esteve, R., Ramirez, C., & Anarte, M. T. (1993). Dimensionalización del Constructo de Personalidad Tipo C. *Psyche*, 7 (1). 3-12:
- López, A., Ramírez, C., Esteve, R., & Anarte, M. (2002). El constructo de personalidad tipo C: una contribución a su definición a partir de datos empíricos. *Psicología conductual*, 10(2), 229-249.
- Martín-Ortiz, J. D., Sánchez, M. J., & Sierra, J. C. (2005). Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 34-45.
- Maté, J., Hollenstein, M., Gil, F. (2004). Insomnio, Ansiedad, y Depresión en el Paciente Oncológico. *Psicooncología*, 1 (2-3). 211-230
- Moscoso, M. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit*, 15(2), 143-152.

- Nakaya N, Bidstrup PE, Saito-Nakaya K, Frederiksen K, Koskenvuo M, Pukkala E, Kaprio J, Floderus B, Uchitomi Y, Johansen C (2010) Personality traits and cancer risk and survival based on Finnish and Swedish registry data. *Am J Epidemiol* 172: 377–385.
- Nakaya N, Tsubono Y, Hosokawa T, Nishino Y, Ohkubo T, Hozawa A, Shibuya D, Fukudo S, Fukao A, Tsuji I, Hisamichi S (2003) Personality and the risk of cancer. *J Natl Cancer Inst* 95: 799–805
- Oblitas, L. A. (2008). El Estado del Arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología* 26(2), 219-254.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Cancer. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Acerca de la OMS*. Recuperado de: <http://www.who.int/about/es/>
- Pereira, M.; Figueredo, A. & Fincham, F. (2011). Anxiety, depresión, traumatic stress and quality of life in colorrectal cancer alter different treatments: A study with Portuguese patients and their partener. Portugal: European Journal of Oncology Nursing.
- Pérez, A. B. (2016). Evaluación de las alteraciones psicológicas y de la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal localizado. *Psicooncología*, 13(1), 165-166.
- Priede, A. (2016). Factores cognitivos asociados con el desarrollo de síntomas ansioso- depresivos en pacientes oncológicos recién diagnosticados (Tesis doctoral)
- Ranchor AV, Sanderman R, Coyne JC (2010) Invited commentary: personality as a causal factor in cancer risk and mortality–time to retire a hypothesis?. *Am J Epidemiol* 172: 386–388.
- Real Academia Española (2016). Cancer. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?w=c%C3%A1ncer>
- Real Academia Española (2016). *Salud*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=X7MRZku>
- Ries, F., Castañeda Vázquez, C., Campos Mesa, M. D. C., & Castillo Andrés, O. D. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de psicología del deporte*, 12(2), 9-16.

- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F., & Sánchez-Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International journal of clinical and health psychology*, 5(3), 445-462.
- Robert, V., Álvares. C., & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684.
- Román, T., & Ninoska, B. (2015). Sentido de coherencia y ansiedad rasgo-estado en una muestra de pacientes que padecen cáncer de mama (Tesis doctoral).
- Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), 137-141.
- Salud (2016). Salud presenta los datos del periodo 2008-2012 de cancer y seran enviados a la OMS. Mendoza: Gobierno de Mendoza. Recuperado de: <http://prensa.mendoza.gov.ar/salud-presento-los-datos-del-periodo-2008-2012-de-cancer-y-seran-enviados-a-la-oms/>
- Sánchez, L. A., Rodríguez, M. C. M., Luis, M. D. L. L. B., Soriano, M. M., Hernández, R. M. T. T., & Badillo, V. P. (2016). Incertidumbre y Calidad de Vida en Mujeres y Hombres Afectados por Cáncer. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 1(2).
- Schapiro IR, Ross-Petersen L, Sælan H, Garde K, Olsen J, Johansen C (2001) Extroversion and neuroticism and the associated risk of cancer: a Danish cohort study. *Am J Epidemiol* 153: 757–763
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Stark, D. P., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83(10), 1261–1267.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. A., Mora, M., Martín-Aragón, M., ... & Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de psicología*, 16(2), 111-122.

- Torres Mariño, Á. M. (2006). Relación entre el Patrón de Conducta Tipo C y el cáncer de mama. *Universitas psychologica*, 5(3), 563-574.
- Vidal, M.C. (2012). *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer* (2° Ed.). Buenos Aires: Polemos
- Vinaccia, S., Arango C., Cano, E., Tobón, S., Moreno E & López, A. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo c y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 575-583
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., & Zapata, M. (2014). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15(2), 207-220.
- White VM, English DR, Coates H, Lagerlund M, Borland R, Giles GG (2007). Is cancer risk associated with anger control and negative affect? Findings from a prospective cohort study. *Psychosom Med* 69: 667–674.

APENDICE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: “Relación entre Patrón de Conducta Tipo C, Ansiedad Rasgo y Calidad de vida en pacientes oncológicos”

Autor/es de la investigación:

-Evangelina Belén Aguilar Orelo, alumna avanzada de la Carrera de Licenciatura en Psicología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. UCA. Sede Mendoza. Legajo 72-100011-8

Consiento participar en el proceso de toma de datos para la tesis: “Relación entre Patrón de Conducta Tipo C, Ansiedad Rasgo y Calidad de vida en pacientes oncológicos”, dirigida por el Dr. Ángel Tabullo

Autorizo la utilización de la información recabada en las entrevistas, en las pruebas y escalas de evaluación, a los fines de la investigación planteada.

Estas pautas me han sido propuestas y explicadas por Evangelina Aguilar.

Autorizo la utilización con fines académicos y la publicación con fines científicos de los datos y de los resultados obtenidos durante la investigación, siempre que se preserve la confidencialidad de los datos de todas las personas involucradas.

Fecha:...../...../.....

Firma:.....

Aclaración:.....

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

Estado civil:

Soltero ____
Casado ____
Divorciado ____
Viudo ____

Sexo:

Femenino ____
Masculino ____

Nivel Educativo

Primario
 Completo ____
 Incompleto ____

Secundario
 Completo ____
 Incompleto ____

Terciario/ Universitario
 Completo ____
 Incompleto ____

Situación Laboral

Empleado ____
Desempleado ____
Jubilado/Pensionado ____

Diagnostico:

Mes / Año del Diagnostico

____ / _____

Tratamiento:

Periodo del tratamiento:

Desde _____ hasta _____

Momento del Tratamiento

(¿En que etapa?, ¿primera quimioterapia...? ¿Otro tratamiento previo?)

Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)

(Leibovich de Figueroa, 1991)

Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a si misma.

Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique como se siente EN ESTE MOMENTO. No hay respuestas buenas o malas. No utilice mucho tiempo para responder cada frase, pero trate de elegir la respuesta que mejor describa SUS SENTIMIENTOS AHORA:

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Me siento disgustado				
5. me siento a “mis anchas”				
6. Me siento alterado				
7. En este momento estoy preocupado por algun problema				
8. Me siento satisfecho				
9. Me siento asustado				
10.Me sietno comodo				
11.Tengo confianza en mi mismo				
12.me siento nervioso				
13.Me siento agitado				
14.me siento indeciso				
15.Me siento tranquilo				
16.me siento “a gusto”				
17.Estooy preocupado				
18.Me siento aturdido				
19.Me siento equilibrado				
20.Me siento bien				

Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a si misma.

Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique como se siente GENERALMENTE. No hay respuestas buenas y malas. No utilice mucho tiempo para responder cada frase, pero trate de elegir la respuesta que mejor describa como se siente GENERALMENTE.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
21.Me siento bien				
22.Me siento nervioso				
23.Me siento “ a gusto” conmigo mismo				
24.Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25.Siento que fallo				
26.Me siento descansado				
27.Soy una persona tranquila, serena y calmada				
28.Siento que las dificultades se me amontonan y no las puedo superar				
29.Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30.Soy feliz				
31.Tengo malos pensamientos				
32.Me falta confianza en mi mismo				
33.Me siento seguro				
34.Puedo decidirme rapidamente				
35.Me siento “ fuera de lugar”				
36.Me siento satisfecho				
37.Algunas ideas poco importantes ocupan mi cabeza y me molestan				
38.Los desengaños me afectan tanto que no me los puedo sacar de la cabeza				
39.Soy una persona estable				
40.cuando pienso las cosas que tengo entre manos me pongo nervioso y tenso				

INVENTARIO DE PERSONALIDAD TIPO C
(Amaya, Gordillo & Restrepo-Forero, 2006)

A continuación encontrará una serie de afirmaciones y usted deberá marcar SI o NO, si se aplica a su forma de sentir, pensar y actuar en la MAYORÍA de las veces. Trate de contestar de manera espontánea sin pensar demasiado la respuesta y sin dejar de contestar alguna de las afirmaciones.

SI	NO
1. Hago las cosas dejándome llevar por el corazón.	
2. Aunque alguien me hiera profundamente, sigo tratando bien a esa persona y me pongo en su lugar para comprender por qué me ha hecho eso.	
3. Por agradar a las personas que me importan estoy dispuesta a renunciar a cualquier cosa.	
4. Cuando estoy brava me controlo y no muestro mi disgusto.	
5. Intento comprender a los demás aunque me caigan mal.	
6. Cuando estoy disgustada disimulo mi enfado.	
7. Cuando me encuentro de mal humor me controlo y no muestro mi estado de ánimo.	
8. Cuando alguien hace algo que vaya en contra mía, me resulta muy difícil "ponerme en su lugar" y comprenderlo.	
9. Actúo guiada por la cabeza o razón.	
10. Por hacer felices a las personas que quiero estoy dispuesta a entregar todo lo que sea necesario.	
11. Cuando me siento agresivo/a me descontrolo y lo demuestro.	
12. Cuando estoy triste disimulo mi tristeza.	
13. Actúo dejándome llevar por el corazón y no por la cabeza.	
14. Soy comprensiva incluso con la gente que me cae mal.	
15. Por mantener buenas relaciones con las personas que me importan estoy dispuesta a ceder cuanto sea necesario.	
16. Cuando estoy disgustada por algo intento disimular poniendo buena cara.	
17. Actúo usando la cabeza y no me dejo llevar por mis impulsos.	
18. Cuando estoy preocupada por algo, me controlo y no muestro mi preocupación.	
19. Justifico a los demás aunque hagan cosas en contra de mis intereses o en contra mía.	
20. Cuando me siento con rabia me controlo y no muestro mi agresividad.	
21. Cuando estoy triste intento disimular que estoy triste.	
22. Cuando estoy preocupada intento disimular la preocupación.	
23. Cuando alguien me hiere en lo más profundo, me resulta imposible comprenderlo y tratarlo justamente.	

EORTC QLQ-C30 (version 3.0)
Aaronson et al., 1993

Estamos interesados en algunos aspectos de su vida cotidiana y de su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compras pesada o una valija?	1	2	3	4
¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de la casa?	1	2	3	4
¿Tiene que permanecer en cama o sentado en una silla durante el día?	1	2	3	4
¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

¿Tuvo algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
¿Tuvo algún impedimento para realizar sus pasatiempos favoritos u otras actividades recreativas?	1	2	3	4
¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
¿Necesitó descansar más de lo habitual?	1	2	3	4
¿Ha tenido dificultad para dormir?	1	2	3	4
¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
¿Ha perdido el apetito?	1	2	3	4
¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
¿Ha vomitado?	1	2	3	4
	1	2	3	4

¿Ha estado estreñido?				
¿Has tenido diarrea?	1	2	3	4
¿Se ha sentido cansado?	1	2	3	4
¿Ha interferido el dolor durante sus actividades diarias?	1	2	3	4
¿Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas como leer el diario o ver la televisión?	1	2	3	4
Se ha sentido tensa(o)?	1	2	3	4
¿Se ha sentido preocupada(o)?	1	2	3	4
¿Se ha sentido irritable?	1	2	3	4
¿Se ha sentido deprimida(o)?	1	2	3	4
¿Ha tenido dificultad para recordar cosas?	1	2	3	4
¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4
¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	1	2	3	4
¿Le ha causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Para las siguientes preguntas, por favor, marque con un círculo el número entre 1 y 7 que mejor lo describa: 1 pésima- 7 excelente

¿Como calificaría su estado de salud general durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

¿Como calificaría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---