

ADAPTACIÓN INDIVIDUAL Y DEPRESIÓN EN UNA MUESTRA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Beatriz Rodríguez, Carmen Bayón, Pablo Orgaz, Guadalupe Torres, Fernando Mora y Beatriz Castelo

Hospital Universitario la Paz

Resumen

Las variables psicológicas son las que más se han relacionado con el padecimiento de trastornos depresivos en pacientes oncológicos. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre dimensiones de personalidad y mecanismos de afrontamiento en una muestra de pacientes oncológicos. Método: 40 pacientes diagnosticados de cáncer de mama, colon o pulmón en estadios no metastáticos y de un trastorno depresivo (DSM IV) se compararon con 39 pacientes con los mismos diagnósticos oncológicos pero que no presentaron ningún episodio depresivo. Para evaluar el afrontamiento se utilizó el MAC (*Mental Adjustment Cancer Questionnaire*) y para evaluar las dimensiones de personalidad se utilizó el TCI-R (Inventario de Temperamento y Carácter revisado de Cloninger). Resultados: Los pacientes deprimidos presentaron mecanismos de afrontamiento caracterizados por evitación ansiosa, desamparo y fatalismo y menor espíritu de lucha. Los pacientes deprimidos mostraron dimensiones de personalidad caracterizadas por altas puntuaciones en evitación del daño y bajas puntuaciones en dependencia de la recompensa. Las dimensiones de personalidad de persistencia y auto-dirección se correlacionaron con estilos de afrontamiento caracterizados por indefensión-desesperanza y fatalismo en la muestra de pacientes deprimidos, mientras que se correlacionaron con mayor espíritu de lucha en la muestra de pacientes no deprimidos. Entre los no deprimidos se encontró de nuevo que el espíritu de lucha era mayor cuanto menos tendencia a la evitación del daño presentaba el

Abstract

Psychological variables are the most consistent findings which associate depression and oncologic illness. Objective: To analyze the relationship between personality dimensions and coping style in a sample of oncologic patients. Method: 40 patients with diagnosis of breast, colon or lung cancer, no metastatic, and a depressive disorder (DSM IV) were compared with a 39 patients with the same oncologic diagnosis but without depression. We used the MAC (*Mental Adjustment Cancer Questionnaire*) and the TCI-R (Temperament and Character Inventory of Cloninger). Results: Depressed patients showed coping styles characterized by anxious avoidance, fatalism and less fighting spirit. Depressed patients had personality dimensions with high scores in harm avoidance and low scores in recompense reward. Personality dimensions of persistence and auto-direction correlated with coping styles of hopelessness and fatalism in the depressed sample, while the same dimensions correlated with fighting spirit in the non depressed sample. The non depressed patients showed more fighting spirit when the tendency to harm avoidance was inferior. Conclusions: Our data supports the importance of personality and coping style evaluation and suggests the importance of the patient's assumptive world as a possible mediator between personality, coping and depression.

Key words: Coping style, personality, depression, breast, lung, colon cancer.

Correspondencia:

Beatriz Rodríguez Vega
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario la Paz
Paseo de la Castellana, 261
28046 Madrid
E-mail: beatrizrvega@gmail.es

paciente. Conclusiones: Nuestros datos apoyan la importancia de la evaluación del estilo de afrontamiento y personalidad y apuntan a la importancia de otros factores como el mundo de creencias o asunciones básicas del sujeto como mediadora entre las variables de personalidad y de afrontamiento y el trastorno depresivo.

Palabras clave: Afrontamiento; personalidad; depresión; cáncer de mama, colon y pulmón.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de los trastornos depresivos en la población oncológica varía ampliamente desde cifras del 1,5% al 50% según los estudios⁽¹⁾ aunque la mayoría de los datos existentes encuentra cifras de prevalencia entorno al 25%^(2,3). Se ha atribuido dicha variabilidad a la utilización de diferentes criterios diagnósticos para la depresión y a las diferentes metodologías utilizadas en las investigaciones señaladas. En un estudio llevado a cabo en nuestro medio, en el hospital de día Oncológico del Hospital Universitario La Paz en Madrid, se encontró que el 14,6% de los pacientes tenían un punto de corte igual o mayor de 11 en la subescala de depresión del cuestionario HADS⁽⁴⁾, si bien no se llegó a confirmar el diagnóstico de depresión mediante entrevista clínica posterior⁽⁴⁾.

La depresión es pues, un trastorno frecuente que genera gran sufrimiento en la población que lo padece y que se ha relacionado insistentemente con una disminución en la calidad de vida y en la evolución general de la enfermedad⁽⁵⁻⁷⁾.

Los trastornos depresivos se han asociado con factores tan variados como el tipo de cáncer, la edad, el sexo, la definición que se da a la depresión, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, el control del dolor, las dificultades socio-

económicas, la clase socio-económica, el nivel de afectación física, la duración de la hospitalización o la relación con los factores neurofisiológicos derivados de los tratamientos o del propio proceso tumoral^(1,8).

Sin embargo, los factores que se relacionan con más frecuencia con la intensidad de la sintomatología depresiva, son las características psicológicas de la persona que las padece, incluso por encima de la malignidad o benignidad del proceso tumoral^(9,10).

Algunos estudios conceptualizan la depresión concurrente con la enfermedad oncológica como un fracaso de los mecanismos de adaptación de la persona tras afrontar un estrés grave en su vida como es el diagnóstico o el tratamiento de un proceso oncológico⁽¹¹⁾. Ante el estrés que supone la enfermedad oncológica, la persona pone en marcha mecanismos de afrontamiento que buscan soluciones a la situación, Los mecanismos de afrontamiento que, en si mismos no se conceptualizan como buenos o malos⁽¹²⁾, es preciso evaluarlos teniendo en cuenta las diferencias individuales. Watson et al.⁽¹³⁾ estudiando el estilo de afrontamiento de los pacientes oncológicos propusieron un modelo de adaptación que se apoya en el concepto de Lazarus de "afrontamiento" ante eventos estresantes, y lo conceptualiza

como el constante cambio de esfuerzos cognitivos y comportamentales para afrontar situaciones que ponen a prueba o superan los recursos de una persona. Watson et al.⁽¹³⁾ utilizan el término "adaptación mental"⁽¹¹⁾ en vez de afrontamiento y su modelo incluye las reacciones emocionales involuntarias para afrontar los eventos⁽¹⁴⁾. La investigación sobre el afrontamiento en cáncer ha examinado de forma exhaustiva las relaciones entre repuestas de afrontamiento y resultados a nivel psicológico⁽¹⁵⁾. Estudios de seguimiento de cohortes han puesto además de manifiesto que los estilos de afrontamiento de los pacientes deprimidos se mantienen una vez superado el episodio depresivo. Este hallazgo apoyaría la estabilidad y consistencia de estos como estrategias conductuales y cognitivas que la persona tiende a poner en marcha sin relación directa con el estado de ánimo⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

Otros estudios han tratado de relacionar variables de personalidad con depresión en la enfermedad oncológica. Así, Carver et al. destacan el papel de la personalidad "optimista" ante el cáncer, entendiendo esta como la capacidad de esforzarse por alcanzar las metas deseadas^(20,21). Carver⁽²⁰⁾ et al⁽²⁰⁾ encuentran que las personas negadoras y minimizadoras tienen mejores respuestas ante el cáncer y las que tienden a reprimir sus emociones y mantener una visión pesimista, peores. Lehto et al⁽⁹⁾ concluyen que la "anulación de la respuesta de fuga" es el mecanismo que más se relaciona con el trastorno emocional, y se ha descrito la falta de expresión del malestar como la característica de personalidad más relevante para predecir el desarrollo de depresión. Otros trabajos señalan como factores protectores para el desarrollo de depresión en el enfermo oncológico un locus de control interno sobre la enfer-

medad, un nivel bajo de neuroticismo, cierto grado de dependencia, buenas habilidades interpersonales, capacidad de olvidarse de uno mismo y desarrollo del plano espiritual^(22,23). También se ha estudiado el papel positivo de aquellas personas que tienden a contar con el apoyo social y familiar y especialmente la percepción de una buena comunicación familiar^(24,25).

En resumen las investigaciones anteriores ponen en evidencia que las estrategias cognitivas y conductuales que se ponen en marcha como forma de afrontar la situación, estarán asociadas con factores como las variables de personalidad, creencias, situación vital en la que se produce la enfermedad, etc. Hasta el punto que los mecanismos de afrontamiento se han considerado como variables mediadoras de la adaptación que el sujeto desarrolla ante una situación determinada. A pesar de esto, la influencia de la personalidad sobre los mecanismos de afrontamiento o la interacción de ambas dimensiones no ha sido estudiada en profundidad⁽²⁶⁾.

El estudio actual forma parte de un proyecto de investigación (FIS (PI 050737; PI 052062) más amplio que se está realizando en el H.U. La Paz y en el H.U. Príncipe de Asturias en la Comunidad de Madrid y cuyo objetivo es comparar la eficacia de dos estrategias de tratamiento, farmacológico frente a psicoterapia combinada con psicofármacos, para pacientes oncológicos diagnosticados de depresión.

En este estudio nos planteamos como objetivo principal estudiar la influencia que las dimensiones de personalidad, los estilos de afrontamiento y la interacción entre ambos, tienen sobre la presentación de un episodio depresivo en pacientes oncológicos.

Nos propusimos estudiar también si, como se señala en la literatura, los pa-

cientes deprimidos de nuestra muestra presentaron, frente a los no deprimidos, estilos de afrontamiento caracterizados por la evitación ansiosa, desamparo y fatalismo y menor espíritu de lucha y dimensiones de personalidad caracterizadas por puntuaciones elevadas en evitación del riesgo y bajas en autodi-rección⁽²⁷⁾.

MÉTODO

Diseño del estudio y procedimiento

Es un estudio casos control. A 661 pacientes diagnosticados de cáncer de colon, mama o pulmón no metastásico, con una expectativa de vida mayor de un año, se les pidió su consentimiento para entrar en el estudio. Todos ellos cumplieron un cuestionario diseñado para este estudio además del cuestionario HADS (Hospital Anxiety and Depresión Scale). Aquellos que puntuaron por encima de 8 en la sub-escala de depresión del HADS fueron entrevistados utilizando la SCID para generar diagnósticos DSM IV de trastorno depresivo. 98 pacientes cumplieron esos criterios de los cuales 40 aceptaron entrar en el estudio. Los 58 que no aceptaron adujeron para ello diversos motivos como vivir en una zona alejada del hospital, tener demasiadas consultas y no querer sobrecargarse más o, simplemente, no querer pensar. No se encontraron diferencias sociodemográficas entre los pacientes que aceptaron y los que no.

39 pacientes con los mismos criterios de inclusión oncológicos, que puntuaron en el HADS por debajo de 8, que no cumplieron criterios para trastorno depresivo y que presentaron características sociodemográficas homogenizadas con el grupo experimental, constituyeron el grupo control.

Ámbito del estudio

Los pacientes se reclutaron en el ámbito asistencial ambulatorio: Hospital de Día Oncológico del servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario la Paz.

Instrumentos

Mental Adjustment to Cancer (MAC): El MAC (y su versión reducida, el mini-MAC) estudia cinco dimensiones: El espíritu de lucha (*Fighting Spirit*) se caracteriza por la determinación de luchar ante la enfermedad y la adopción de una actitud optimista; La indefensión (desamparo-desesperanza; *Helpless/Hopeless*) por sentimientos de renuncia, actitud pesimista y pensamientos centrados en el diagnóstico; La preocupación ansiosa (*Anxious Preoccupation*) se caracteriza por un temor constante ante el cáncer y sentimientos de devastación, ansiedad, miedo y aprensión. El fatalismo (*Fatalism*), en el que el paciente se pone en manos de Dios mientras vive día a día y la negación (*Denial*), en la que el paciente se distrae y evita pensar en la enfermedad⁽²⁸⁾.

Cuestionario del temperamento y el carácter revisado (TCI-R): Para el estudio de la personalidad nos basamos en el modelo dimensional de Cloninger. Desde este modelo, se ha desarrollado el cuestionario del temperamento y el carácter revisado (TCI-R)⁽²⁷⁾.

Las dimensiones de temperamento se adquieren a través de la interacción entre las emociones y el aprendizaje. Son cuatro: La evitación del riesgo (*Harm avoidance, HA*) supone una propensión al comportamiento inhibido ante señales de castigo potencial; La búsqueda de novedad (*Novelty seeking, NS*): Supone un deseo de acercamiento a situaciones novedosas y de recompensa; La

dependencia de la recompensa (*Reward dependence, RD*) que implica dirigir el comportamiento hacia la obtención de recompensas sociales y la Persistencia (*Persistente, P*) o mantenimiento del comportamiento a pesar de la frustración y la fatiga.

Las dimensiones del carácter se adquieren a través de la interacción con el medio sociocultural, se componen de valores, mecanismos de afrontamiento y creencias sobre uno mismo y el entorno. Son tres: La auto-dirección (*Self Directedness, SD*) implica responsabilidad y auto confianza. La cooperación (*Cooperativeness, C*) implica la conciencia de uno mismo como parte activa de la sociedad y la trascendencia (*Self Transcendence ST*) supone la conciencia de uno mismo como parte del universo.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó en la sección de Epidemiología y Estadística del Hospital La Paz, usando programas estándar (*Statistical Package for the Social Sciences, SPSS* versión 9.0).

Con finalidad descriptiva de la población muestral, se utiliza la media y la desviación típica para datos cuantitativos normales, y mediana y rango intercuartílico para datos no normales. Los datos cualitativos se expresan en porcentaje. La homogeneidad de las muestras para las variables de edad, nivel socioeconómico, estado civil, diagnóstico oncológico y estadio se comprobó usando el test Chi-Cuadrado para datos cualitativos y t-Student para datos cuantitativos. Para comprobar la dependencia o independencia de las variables continuas en la muestra y en el grupo control se estudiaron las posibles correlaciones mediante la matriz de correlaciones de Pearson.

Todos los test estadísticos (excepto los coeficientes de correlación) se con-

sideran bilaterales. Los niveles de significación estadística utilizados para valorar diferencias, más allá de las atribuidas al azar, son los correspondientes a $p < 0,05$.

Aspectos éticos

El estudio se ha llevado a cabo siguiendo la normativa local y los principios establecidos internacionalmente en la declaración de Helsinki (última modificación aprobada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia; octubre 2000). Se ha respetado la confidencialidad (LOPD 15/99) y la voluntad de aquellos sujetos que no quisieron participar en el estudio. Cualquier paciente con una depresión severa y que el investigador consideró que tenía un riesgo suicida importante, se remitió a asistencia especializada directamente.

RESULTADOS

661 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión del estudio cumplieron el HADS; de ellos 98 puntuaron 8 ó más en la subescala de depresión y 39 menos de 8. De los pacientes que puntuaron por encima de 8, 58 decidieron no entrar en el estudio. De los 40 restantes, en 4 de ellos el diagnóstico de depresión no fue confirmado, en la entrevista clínica posterior, por lo que la prevalencia de depresión en nuestra muestra de pacientes oncológicos es del 16,02%. Ambos grupos fueron homogenizados para variables sociodemográficas (Tabla 1).

Las puntuaciones con respecto a los mecanismos de afrontamiento al cáncer se compararon en ambos grupos. Las dimensiones estudiadas fueron significativamente distintas en ambos grupos. El grupo de pacientes deprimidos obtuvo puntuaciones inferiores en el espíritu de lucha ($p < 0,0001$) y superiores en

Tabla 1. **Variables sociodemográficas**

	HADS>8	HADS<8	Sig (2-tailed)
Mujeres	72,5%	87,2%	0,161
Casados	77,5%	66,7%	0,323
Baja/desempleado	42,5%	33,3%	0,380
Rural	22,5%	12,8%	0,378
Solo	12,8%	25,0%	0,252
Sin estudios/primarios	35,9%	55,0%	0,112

Tabla 2. **M.A.C: Comparación entre ambos grupos**

	Casos Depresión	Casos Control	Sig (2-tailed)
Espíritu de lucha (FS)	Media: 41,28 Desv. Stand: 5,28	Media: 51,13 Desv. Stand: 4,58	P<0,0001
Indefensión-desesperanza (HH)	Media: 26,30 Desv. Stand: 3,86	Media: 22,26 Desv. Stand: 6,77	P=0,002
Preocupación ansiosa (AP)	Media: 16,13 Desv. Stand: 6,18	Media: 11,08 Desv. Stand: 3,68	P<0,0001
Fatalismo (F)	Media: 23,56 Desv. Stand: 5,17	Media: 20,51 Desv. Stand: 3,9	P=0,002

Nota: puntuación media espíritu de lucha: 47,5; indefensión-desesperanza: 12,5; Preocupación ansiosa: 26,5; Fatalismo 23,5.

Tabla 3. **T.C.I: Comparación entre ambos grupos**

	Casos Depresión	Casos Control	Sig (2-tailed)
Búsqueda de novedad (NS)	Media: 51,03 Desv. Stand: 10,37	Media: 52,95 Desv. Stand: 8,91	NS
Evitación del riesgo (HA)	Media: 67,63 Desv. Stand: 11,19	Media: 58,08 Desv. Stand: 11,39	P<0,0001
Dependencia de la recompensa (RD)	Media: 68,53 Desv. Stand: 11,75	Media: 74,97 Desv. Stand: 9,87	P=0,01
Persistencia (P)	Media: 60,88 Desv. Stand: 11,59	Media: 64,08 Desv. Stand: 11,59	NS
Auto-dirección (SD)	Media: 69,78 Desv. Stand: 12,57	Media: 74,15 Desv. Stand: 10,62	NS
Cooperación (C)	Media: 81,35 Desv. Stand: 12,45	Media: 85,28 Desv. Stand: 13,62	NS
Trascendencia (ST)	Media: 41,28 Desv. Stand: 13,03	Media: 44,82 Desv. Stand: 13,03	NS

desesperanza ($p=0,002$), preocupación ansiosa ($p<0,0001$) y fatalismo ($p=0,002$) respecto al grupo control (Tabla 2).

En la tabla 3 se muestran las puntuaciones medias en las dimensiones de la personalidad en ambos grupos. El grupo de pacientes deprimidos obtuvo puntuaciones inferiores en la dimensión de dependencia de la recompensa ($p=0,01$) y superiores en la evitación de riesgo ($p<0,0001$) respecto al grupo control. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de Búsqueda de novedad, Persistencia, Autodirección, Cooperación y Trascendencia.

Se estudiaron las correlaciones entre dimensiones de personalidad y mecanismos de afrontamiento tanto en el

total de la muestra, como en los grupos control y el de los pacientes deprimidos (tablas 4, 5 y 6).

Para el total de la muestra: evitación del riesgo se correlacionó significativamente de forma inversa con el espíritu de lucha ($p<0,01$) y de forma directa con la preocupación ansiosa ($p<0,01$), la indefensión-desesperanza ($p<0,01$) y el fatalismo ($p<0,01$). Dependencia de la recompensa se correlacionó de forma negativa con indefensión-desesperanza ($p<0,01$). Las dimensiones del carácter, auto-dirección y cooperación se asociaron de forma directa con el espíritu de lucha y de forma inversa con indefensión-desesperanza ($p<0,05$) y el fatalismo ($p<0,05$), respectivamente.

Tabla 4. **Correlación entre mecanismos de afrontamiento y dimensiones de personalidad**

	Búsqueda de novedad (NS)	Evitación del riesgo (HA)	Dependencia de la recompensa (RD)	Persistencia (P)	Auto-dirección (SD)	Cooperación (C)	Trascendencia (ST)
Espíritu de lucha (FS)	0,024 0,834 79	-0,453 0,000 79**	0,141 0,215 79	0,210 0,064 79	0,251 0,026 79*	0,208 0,066 79	0,141 0,219 78
Preocupación Ansiosa (PA)	-0,166 0,145 79	0,296 0,008 79**	-0,079 0,521 79	0,115 0,311 79	-0,196 0,083 79	0,018 0,874 79	-0,020 0,865 78
Indefensión-Desesperanza (HH)	-0,044 0,703 79	0,404 0,000 79**	-0,297 0,008 79**	-0,069 0,544 79	-0,116 0,308 79	-0,237 0,035 79*	0,109 0,343 78
Fatalismo (F)	0,021 0,854 79	0,349 0,002 79**	-0,124 0,275 79	0,011 0,923 79	0,019 0,869 79	-0,278 ,013 79*	-0,64 0,575 78

**Correlación significativa al 0,01 / * Correlación significativa al 0,05

Tabla 5. **Correlación entre mecanismos de afrontamiento y dimensiones de personalidad en los casos control**

	Búsqueda de novedad (NS)	Evitación del riesgo (HA)	Dependencia de la recompensa (RD)	Persistencia (P)	Auto-dirección (SD)	Cooperación (C)	Trascendencia (ST)
Espíritu de lucha (FS)	0,003 0,987 39	-0,477 0,002 39**	0,199 0,225 39	0,445 0,004 39**	0,597 0,000 39**	0,341 0,034 39*	0,000 0,998 39
Preocupación Ansiosa (PA)	0,052 0,752 39	0,421 0,008 39**	-0,124 0,453 39	0,262 0,107 39	-0,264 0,104 39	-0,146 0,374 39	0,181 0,270 39
Indefensión-Desesperanza (HH)	0,047 0,775 39	0,364 0,023 39*	-0,267 0,100 39	-0,138 0,402 39	-0,362 0,023 39*	-0,340 0,034 39*	0,224 0,171 39
Fatalismo (F)	-0,195 0,235 39	0,261 0,109 39	-0,118 0,476 39	-0,297 0,066 36	-0,106 0,519 39	-0,144 0,382 39	-0,024 0,886 39

**Correlación significativa al 0,01 / * Correlación significativa al 0,05

En el grupo control: Evitación del riesgo presenta una relación inversa con el espíritu de lucha ($p < 0,01$) y directa con la preocupación ansiosa ($p < 0,01$) y la indefensión-desesperanza ($p < 0,05$). El espíritu de lucha -además de esta relación inversa con la evitación del riesgo- presenta una relación directa con la persistencia ($p < 0,01$), la auto-dirección ($p < 0,01$) y la cooperación ($p < 0,05$). Finalmente, la indefensión-desesperanza, además de la relación directa con la evitación del riesgo mencionada, presenta relación inversa con la auto-dirección ($p < 0,05$) y la cooperación ($p < 0,05$).

En el grupo de pacientes deprimidos: El fatalismo presenta una correlación estadísticamente significativa de forma directa con la persistencia ($p < 0,05$) e in-

versa con la cooperación ($p < 0,05$); y la indefensión-desesperanza de forma directa con la auto-dirección. Se aprecia una tendencia en este grupo hacia una correlación inversa entre el espíritu de lucha y la dependencia de la recompensa, si bien no es estadísticamente significativa ($p = 0,059$).

DISCUSIÓN

En nuestra muestra, los pacientes deprimidos presentaron con una frecuencia significativamente mayor, estilos de afrontamiento caracterizados por la evitación ansiosa, desamparo y fatalismo y menor espíritu de lucha frente al grupo control. Estos datos son consistentes con otros previos en la literatura^(11,19,25,29-31) y señalan que un esti-

Tabla 6. **Correlación entre mecanismos de afrontamiento y dimensiones de personalidad en los casos de depresión**

	Búsqueda de novedad (NS)	Evitación del riesgo (HA)	Dependencia de la recompensa (RD)	Persistencia (P)	Auto-dirección (SD)	Cooperación (C)	Trascendencia (ST)
Espíritu de lucha (FS)	-0,118 0,469 40	-0,090 0,579 40	-0,301 0,059 40	0,089 0,583 40	-0,128 0,432 40	-0,035 0,828 40	0,148 0,369 39
Preocupación Ansiosa (PA)	-0,233 0,149 40	-0,008 0,960 40	0,158 0,330 40	0,171 0,291 40	-0,064 0,697 40	0,258 0,107 40	-0,048 0,771 39
Indefensión-Desesperanza (HH)	0,094 0,566 40	0,243 0,131 40	-0,186 0,249 40	0,182 0,260 40	0,365 0,020 40*	0,051 0,757 40	0,052 0,753 39
Fatalismo (F)	0,218 0,177 40	0,260 0,105 40	0,014 0,933 40	0,343 0,030 40*	0,202 0,212 40	-0,337 0,033 40*	-0,031 0,852 39

* Correlación significativa al 0,05

lo de afrontamiento caracterizado por esas estrategias cognitivas y conductuales diferenciaría significativamente los pacientes oncológicos deprimidos de los no deprimidos.

Con respecto a las dimensiones de personalidad evaluadas según el modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger, los pacientes deprimidos de nuestra muestra presentan con mayor frecuencia puntuaciones elevadas en la dimensión temperamental de evitación del riesgo y puntuaciones bajas en dependencia de la recompensa. Cloninger señala en un estudio de seguimiento que altas puntuaciones en la dimensión de evitación del daño y bajas en auto-dirección se podrían considerar como marcadores de vulnerabilidad para presentar una depresión veinte meses

después⁽²⁷⁾. En nuestro estudio la auto-dirección no llegó a un nivel de significación estadística.

Cuando se analizaron las asociaciones entre las dimensiones de personalidad y los mecanismos de afrontamiento que la persona pone en marcha nos encontramos con las siguientes correlaciones:

1. En la muestra global de pacientes deprimidos y no deprimidos, cuanto mayor es la puntuación en la dimensión de personalidad evitación del daño (actitud pesimista, ansiosa, miedo e inhibición ante el castigo) menor es el espíritu de lucha y mayores la preocupación ansiosa, la indefensión-desesperanza y el fatalismo. Es decir que la evitación de daño se correlacionaría con la puesta en marcha de mecanismos menos activos

de afrontamiento que, a su vez, sabemos que se asocian con mayores niveles de trastornos emocionales⁽³²⁾.

2. En la muestra de pacientes no deprimidos, el espíritu de lucha es el estilo de afrontamiento que más se correlaciona significativamente con las dimensiones de personalidad. Lo hace de forma inversa con la evitación del riesgo, lo que sugiere que tener una actitud optimista y una determinación de luchar ante la enfermedad, se relaciona con una personalidad con baja propensión al comportamiento inhibido ante señales de castigo potencial con menor tendencia a la ansiedad. Así mismo, el espíritu de lucha se correlaciona significativamente de forma directa con tres dimensiones de personalidad, la persistencia entendida como el mantenimiento del comportamiento a pesar de la frustración y la fatiga, la auto-dirección dimensión de personalidad que implica responsabilidad y autoconfianza, una identificación del yo como un individuo autónomo; y la cooperación, dimensión de personalidad que tiene que ver con la integración social, la participación activa de la red social, la conciencia de uno mismo como parte activa de la sociedad o, de forma más amplia, de la humanidad.

3. En el grupo de pacientes deprimidos, la correlación directa entre indefensión-desesperanza y auto-dirección; y entre fatalismo de forma directa con la persistencia e inversa con la cooperación; podrían sugerir que las creencias pesimistas reforzadas por un temperamento obstinado en ellas, un funcionamiento independiente y con escasa tendencia a la entrada de nuevas ideas a través de la cooperación social aumentarían, quizás, la vulnerabilidad a la desesperanza y el fatalismo, actitudes que, a su vez, se señalan en la literatura como factores de riesgo para padecer un trastorno depresivo.

Nuestros datos vienen a dar apoyo a los datos de estudios previos^(9,10,20,21,23,26,29,33) que subrayan la importancia de los factores de personalidad y estilos de afrontamiento para la presentación de un episodio depresivo en pacientes oncológicos. No obstante algunas limitaciones, como el tamaño de la muestra o el alto número de pacientes que en la fase previa de selección de participantes en el estudio rechazaron incluirse en él, pueden hacer que algunos resultados sean considerados con cautela.

Como una interpretación sugerente de los datos encontrados podríamos apuntar que las dimensiones de personalidad de persistencia, auto-dirección y cooperación, actuarían como variables de riesgo o de protección, dependiendo de cuales sean los mecanismos de afrontamiento que el paciente pone en marcha. Cuando estos mecanismos están dirigidos por un espíritu de lucha activa, las dimensiones de personalidad anteriores, persistencia, auto-dirección y cooperación se podrían interpretar como protectoras de la depresión, quizás por un efecto reforzador del propio mecanismo activo de lucha. Pero cuando los mecanismos de afrontamiento que el sujeto pone en marcha están basados en la indefensión o en el fatalismo, las mismas dimensiones de personalidad anteriores podrían actuar como factores negativos al reforzar de nuevo ese núcleo de estrategias cognitivas y conductuales basadas en el pesimismo y la desesperanza.

Queda por determinar en que medida estos resultados de interacción entre variables de personalidad y mecanismos de afrontamiento expresan facetas del mundo de creencias y de asunciones de la persona. Enfrentar la enfermedad obliga a quien la padece y a su mundo de relaciones significativas, a hacer continuos esfuerzos adaptativos que

pueden incluir cambios importantes en su mundo de asunciones sobre él mismo, sobre la realidad exterior y sobre las personas del entorno. Brennan⁽¹⁶⁾ señala que para la mayoría de las personas el mundo de asunciones es razonablemente flexible y permeable de estructura y permite la integración de nueva información, de modo que se produzca una evolución deseable y adaptativa hacia la nueva situación. Algunas personas, sin embargo, aquellas que sostienen modelos más rígidos y sobre valorados (por ejemplo "el mundo siempre es un lugar seguro", o "mueren primero las personas más ancianas"), serán más vulnerables a padecer trastornos psicológicos. Si la persona sostiene con persistencia y auto-dirección un sistema de asunciones y creencias de este tipo, y no se mantiene integrada en una red de apoyo y cooperación social, tendrá más probabilidad de realizar una transición negativa hacia un nuevo estado adaptativo que se refleje en la aparición de una depresión. Si la persona sostiene con persistencia y auto-dirección un sistema de creencias y asunciones flexible y activo, al mismo tiempo que permite la entrada cooperativa de otras personas de su mundo de relaciones significativas, puede desarrollar los recursos que le permitan una mejor adaptación. En el futuro consideramos interesante diseñar estudios que incluyan metodologías cualitativas que nos permitan investigar, desde lo subjetivo, la construcción del significado tanto en pacientes deprimidos como no deprimidos después de pasar por la experiencia de la enfermedad oncológica.

Nuestro estudio aporta algunos datos acerca de la importancia de la evaluación del estilo de personalidad y los mecanismos de afrontamiento puestos en marcha. Pone de relieve el interés de individualizar nuestras intervenciones

con objeto de adaptar la terapia a medida del paciente y evitar intervenciones que no tengan en cuenta las peculiaridades de la interacción entre personalidad y afrontamiento y el adecuado grado de adaptación que será distinto para cada paciente.

AGRADECIMIENTOS:

Al Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI 050737, PI 052062), al Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario La Paz, y la Sección de Estadística y Epidemiología del Hospital Universitario La Paz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bottomley A. Depression in cancer patients: a literature review. *Eur J Cancer Care* 1998; 7:181-91.
2. Mc Daniel JS, Masselman DL, Porter DA. Depression in patients with cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 57:90-9.
3. Die M. Los trastornos del estado de ánimo. En: Die M, editor. *Psicooncología*. Madrid: Ades, 2003; p. 347-36.
4. Rodríguez B, Ortiz A, Palao A, Avendillo C, Sanchez A, Chinchilla C. Prevalence of anxiety and depression symptoms in a Spanish oncologic sample and their caregivers. *Eur Psychiatry* 2002; 16:27-37.
5. Okamura M, Yamawaki S, Akechi T, Taniguchi K, Uchitomi Y. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn J Clin Oncol* 2005; 35:302-9.
6. Skarstein J, Aass N, Fossa S, Skovlund E, Dahl A. Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *J Psychosom Res* 2000; 49(1):27-34.

7. Bernard RM, Boermeester F, Viljoen G. Depressive disorders in out-patient oncology setting: prevalence, assessment and management. *Psychooncology* 1998; 7(2):112-20.
8. Raison CL, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry* 2003; 54(3):283-94.
9. Letho U, Ojanen M, Kellokumpu-Lehtinen P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Ann Oncol* 2005; 16:805-16.
10. Brans B, Van den Eynde, Audenaert K. Depression and anxiety during isolation and radionuclide therapy. *Nucl Med Commun* 2003; 24:881-6.
11. Greer S, Moorey S, Watson M. Patients adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *J Psychosom Res* 1989; 33:373-7.
12. Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
13. Watson M, Greer S, Young J, Innayat C, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med* 1988; 18:2003-9.
14. Nornin K, Berglund G, Terje I. The mental adjustment to cancer scale. A psychometric analysis and the concept of coping. *Psychooncology* 1999; 8(3):250-9.
15. Parle M, Jones B, Maguire P. Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. *Psychol Med* 1996; 26:735-44.
16. Brennan J. Adjustment to cancer-coping or personal transition? *Psychooncology* 2001; 10:1-8.
17. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier M, Robinson DS, et al. How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65:375-90.
18. Nelson DV, Friedman LC, Baer PE, Lane M, Smith FE. Attitudes to cancer: Psychometric properties of fighting spirit and denial. *J Behav Med* 1991; 12:341-55.
19. Watson M, Greer S, Rowden L, Gorman C, Robertson B, Bliss J, et al. Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychol Med* 1991; 21:51-7.
20. Carver CS, Smith RG, Antoni MH. Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychol* 2005; 24(5):508-16.
21. Carver CS. Enriching adaptation during treatment and the role of individual differences. *Cancer* 2005; 104(11):2602-7.
22. Romero C, Friedman LC, Kalidas M. Self-forgiveness, spirituality and psychological adjustment in women with breast cancer. *J Behav Med* 2006; 29:29-36.
23. Stürmer T, Hasselbach P, Anelang M. Personality, lifestyle of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population based cohort. *BMJ* 2006; 10; 332(7554):1359.
24. Irvine D, Brown B, Croock D. Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer* 1991; 67:1907-17.
25. Sánchez N, Andrés S, Peri JM. Influencia de la comunicación en el núcleo familiar y las estrategias de afrontamiento sobre el apoyo social percibido y la adaptación psicológica en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2002; 29(5):296-300.
26. Chochinov HM, Krystjanson LJ, Hack TF. Personality, neuroticism and coping towards the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32(4):332-41.
27. Cloninger R, Svarakic D, Przybeck. Can personality assessment predict future depression? A twelve month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord* 2006; 92:35-44.

28. Watson M, Greer S, Young J. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med* 1988; 18:203-9.
29. Akechi T, Okamura H, Yamawaki S. Predictors of patient's mental adjustment to cancer: patients characteristics and social support. *Br J Cancer* 1998; 77(12):2381-5.
30. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springers, 1984.
31. Carver CS, Scheier M, Weintraub J. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56:267-83.
32. Rodrigue JR, Behen JM, Tumlin T. Multi-dimensional determinants of psychological adjustment to cancer. *Psychooncology* 1994; 3:205-14.
33. Garsen B. Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clin Psychol Rev* 2004; 24:315-8.

