

ESTE LIBRO ES PROPIEDAD
DE LA PUCESA EN CASO DE
PERDIDA O MAL USO SERA
PENADO POR LA LEY



**PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL ECUADOR
SEDE AMBATO**
SERÉIS MIS TESTIGOS

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TEMA:

“TIPOS DE PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN LA PREVALENCIA DEL TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO CON ANSIEDAD Y ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO, EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C., DE LA CIUDAD DE AMBATO DURANTE EL PERÍODO AGOSTO-NOVIEMBRE DEL 2011”

DISERTACIÓN DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICÓLOGA CLÍNICA

Línea de investigación: Teorías del desarrollo de la personalidad

Autor: Diana Carolina Garcés Bonilla

Director: Ps CI: Alejandra Naranjo

Ambato – Ecuador

Marzo 2012



Nº de ingreso: 006753
Precio: \$80,00
canje: Donación: Compra:
Fecha de factura:
Fecha de ingreso: 14032012

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“Tipos de personalidad y su influencia en la prevalencia del trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, en los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C., de la ciudad de Ambato durante el período Agosto-Noviembre del 2011”

Línea de investigación: Teorías del desarrollo de la personalidad

Autor: Diana Carolina Garcés Bonilla

Alejandra Naranjo, Ps CI
DIRECTORA DE LA DISERTACIÓN

f 

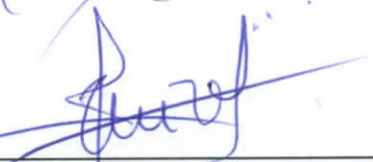
Marlon Mayorga, Dr.
CALIFICADOR

f 

Marlene Macías, Ps CI MSc
CALIFICADOR

f 

Santiago Añazco, Dr. MSc.
DIRECTOR ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f 

Hugo Altamirano Villarroel, Dr.
SECRETARIO GENERAL PUCESA

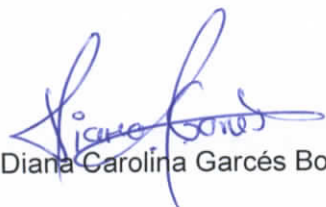
f 



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD
Y RESPONSABILIDAD

Yo, Diana Carolina Garcés Bonilla portadora de la cédula de ciudadanía No. 180374514-8 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de Psicóloga clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.



Diana Carolina Garcés Bonilla

CI: 180374514-8

Agradecimiento

Al finalizar una etapa de mi vida en la que he descubierto varios aspectos que han permitido enriquecimiento intelectual y espiritual; se hace posible agradecer por todo lo que he logrado, en primera instancia al Ser que me concede la maravillosa oportunidad de estar donde estoy Dios; así como a mis padres que son ángeles de luz en mi camino de los cuales estoy inmensamente orgullosa y por supuesto a mi esposo y mi precioso Mathias que llena mi corazón de inocencia y amor.

Dedicatoria

Dedico todo el esfuerzo que pongo en este trabajo de forma especial a Dios, a mis padres y por supuesto a mi esposo y mi hijo que me han motivado con amor y paciencia.

Resumen

En la actualidad existe una gran cantidad de pacientes diagnosticados con cáncer, razón por la cual se decidió realizar un estudio con esta población, considerando que esta enfermedad es compleja y en muchos casos catastrófica y provoca como consecuencia un grave desgaste físico y psicológico. Se investigó el tipo de personalidad que tiende, en un mayor porcentaje, a desarrollar un trastorno adaptativo mixto (ansiedad-depresión) producto del estrés que padece a causa de la noticia del diagnóstico. Existen personas que ante circunstancias difíciles reaccionan de forma tranquila y serena a diferencia de otros que no se adaptan pese a transcurrir un tiempo considerable, uno de los factores que influye en este proceso de adaptación es la personalidad; en algunos tipos encontramos elementos ansiosos que en niveles altos complica las situaciones estresantes o en sí componentes en la reactividad afectiva que pueden predisponer a ciertas patologías. La población estudiada estuvo compuesta por pacientes oncológicos con diagnóstico reciente que acudieron al Hospital de SOLCA Ambato en los meses Agosto-
Noviembre del 2011; para llevar a cabo el proyecto se cumplieron los objetivos que son parte fundamental de una investigación: en primer lugar se identificó la población con la que se iba a trabajar; a través de la entrevista con cada uno se reunió información para llenar datos de la historia clínica lo cual aporta referencias fundamentales al análisis del caso. Posteriormente se procedió a evaluar el tipo de personalidad mediante un test que permite reconocer rasgos predominantes; para establecer la existencia o ausencia del trastorno

adaptativo en los pacientes debido al diagnóstico oncológico se utilizó un cuestionario basado en los criterios del DSM IV TR (Manual diagnóstico para detectar desórdenes mentales). Con la aplicación del HAD que es una escala hospitalaria para valorar ansiedad y depresión se pudo constatar estos rasgos y verificar de esta forma si el trastorno adaptativo es mixto.

Abstract

Nowadays, there are a great number of patients diagnosed with cancer. For this reason, it was decided to conduct a study in this population considering that this disease is complex and in many cases catastrophic. This leads, as a consequence, to serious physical and psychological debilitation. The type of personality which primarily tends to develop a mixed adaptive disorder (anxiety-depression) was investigated because of the stress suffered due to the diagnosis news. There are people that when facing hard times, react in a calm manner. On the contrary, there are others who do not assimilate this although a considerable time has passed. One of the factors that influence this adaptation process is personality; in some types, we find anxiety elements which at high levels complicate stressful situations or actual components in the affective reactivity that can predispose to certain pathologies. The studied population was composed of oncology patients recently diagnosed and who attended the Hospital of SOLCA Ambato from August to November 2011. In order to conduct this project, the goals that are crucial for a research study were achieved. First of all, the population that was going to be studied was identified and by interviewing each of them, information was gathered to fill out the medical history, which contributes to the fundamental references for the case analysis. Subsequently, we proceeded to evaluate the personality type through a test which allows to recognize predominant traits. To establish the existence or absence of adaptive disorder in patients due to their oncologic diagnosis, a questionnaire was used based on the criteria from DSM IV TR (Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders). With the used of HAD which is a clinical scale to measure anxiety and depression, we could confirm these traits and in this way verify if there is a mixed adaptive disorder.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	4
1.1. Personalidad	4
1.1.1. Definición de personalidad.....	4
1.1.2. Componentes de la personalidad:	9
1.1.3. Tipología de la personalidad.....	32
1.1.4. Rasgos de personalidad.....	37
1.1.5. Rasgos fundamentales de las personalidades	38
1.1.6. Influencias sociales tempranas en los tipos de personalidad.....	48
1.1.7. Permanencia de procesos tempranos en los estilos de personalidad	51
1.1.8. Influencias biológicas en los tipos de personalidad	53
1.1.9. Tipos de personalidad frente a trastornos de personalidad	57
1.2. PACIENTES ONCOLÓGICOS CON TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO (ANSIEDAD Y ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO).....	62
1.2.1. Perspectiva histórica de la oncología clínica	62
1.2.2. Patrones de crecimiento neoplásico.....	68
1.2.3. Fases del cáncer	75
1.2.4. Definición, características y tipos de pacientes oncológicos:.....	76
1.3. Crisis.....	88
1.3.1. Definición:.....	88
1.3.2. Raíces semánticas de la crisis	89
1.3.3. Antecedentes históricos de la crisis	89
1.3.4. Sucesos precipitantes.....	91
1.3.5. La clave cognoscitiva	93
1.3.6. Desorganización y desequilibrio	95
1.3.7. Etapas y reacciones ante la crisis	97
1.3.8. Tipos de crisis.....	98
1.4. Estrés.....	103

1.4.1.	Definición.....	103
1.4.2.	Categorías del estrés	105
1.4.3.	Fases en la reacción al estrés.....	113
1.4.4.	Estrés saludable y estrés nocivo	115
1.4.5.	Causas habituales del estrés.....	118
1.4.6.	Signos del estrés.....	125
1.4.7.	Afrontamiento al estrés.....	146
1.5.	Adaptación	151
1.5.1.	Definición.....	151
1.5.2.	Adaptación frente al cambio	152
1.5.3.	Trastornos adaptativos.....	153
	Entrevistar al paciente	171
	Establecer el diagnóstico psicológico del paciente oncológico.....	171
	Objetivos del proceso	171
	Establecimiento de las técnicas a utilizar	172
CAPÍTULO II METODOLOGÍA.....		181
2.1.	Antecedentes del problema	181
2.2.	Significado del problema.....	183
2.3.	Definición del problema.....	183
2.4.	Planteamiento del tema.....	184
2.5.	Delimitación del tema	184
2.6.	Hipótesis: variables e indicadores	185
2.7.	Objetivos	189
2.7.1.	Objetivo general.....	189
2.7.2.	Objetivos Específicos.....	189
2.8.	Métodos a utilizar	190
2.8.1.	Métodos	190
2.8.2.	Técnicas e instrumentos:.....	191

CAPÍTULO III RESULTADOS.....	197
3. Resultados estadísticos.....	197
CAPÍTULO IV DISCUSIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS	215
Conclusiones y Recomendaciones	218
MATERIAL DE REFERENCIA	224
Bibliografía.....	224
Glosario	227
Anexos	231

GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

Gráfico 1.....	197
Gráfico 2.....	199
Gráfico 3.....	200
Gráfico 4.....	203
Gráfico 5.....	206
Gráfico 6.....	207
Gráfico 7.....	208
Gráfico 8.....	209
Gráfico 9.....	210
Gráfico 10.....	211
Gráfico 11.....	212
Gráfico 12.....	213
Gráfico 13.....	214

TABLAS

Tabla 1.....	197
Tabla 2.....	199
Tabla 3.....	200
Tabla 4.....	203
Tabla 5.....	206
Tabla 6.....	207
Tabla 7.....	208
Tabla 8.....	209
Tabla 9.....	210

Tabla10.....	211
Tabla 11.....	212
Tabla12.....	213
Tabla13.....	214

INTRODUCCIÓN

Esta disertación pretende determinar la influencia de los tipos de personalidad en la prevalencia del trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato durante el período Agosto-Noviembre del 2011, la misma que está realizada desde un enfoque bio-psico-social y consta de varios capítulos que la conforman; por lo cual a continuación se redacta lo que contiene cada uno de ellos.

En lo que corresponde al primer capítulo, se encuentra el marco teórico del proyecto que es el grupo central de criterios y teorías que se utilizan para formular y desarrollar un argumento. En éste se hallarán temas sobre personalidad, su definición, componentes, rasgos, características y tipología de la misma; así como lo relacionado a los pacientes oncológicos que padecen trastornos adaptativos mixtos debido al estrés que se desencadena producto del diagnóstico de la enfermedad.

En el segundo capítulo consta la metodología del proyecto, en este apartado el lector podrá conocer acerca de los antecedentes del problema, la definición y significado del mismo, también se especifica la definición y planteamiento del tema, así como la hipótesis, variables e indicadores, objetivos y métodos utilizados para obtener información y así lograr un buen trabajo investigativo.

A continuación se presentan los resultados estadísticos que se obtuvieron a partir del trabajo realizado con la población estudiada, en este tercer capítulo se analiza e interpreta lo encontrado en la investigación, de modo que se aprecia información cuantitativa y cualitativa.

En la siguiente parte se expone el capítulo relacionado con la discusión, análisis y validación de resultados, aquí se explica el proceso que se llevó a cabo para la realización del proyecto, indicando el cumplimiento de los objetivos planteados y por tal demostrando la validez de la presente investigación, además se argumenta de forma general lo que se obtuvo a partir de buscar la relación entre el tipo de personalidad y la prevalencia del trastorno adaptativo mixto, analizando las reacciones que presentan los pacientes al recibir el diagnóstico oncológico.

Posteriormente se registran las conclusiones y recomendaciones del proyecto, que expresan puntos claves que se observaron en el desarrollo del tema. Finalmente se encontrará el material de referencia que incluye bibliografía, glosario, índices y anexos de la investigación.

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

1.1. Personalidad

1.1.1. Definición de personalidad

“Estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar sentir y actuar singular e individual”. (Balarezo, 2010 p.72)

Por lo expuesto se comprende que la personalidad es considerada una estructura interna en la cual encontramos factores biológicos, psicológicos y sociales que están en continua interacción, ésta interacción hace que cada individuo desarrolle distintas maneras de pensar, sentir, actuar. Es así que cada persona adquiere rasgos o características propias que lo diferencian de los demás volviéndolo único y especial.

Existen características de un sujeto que prevalecen a lo largo del tiempo y a través de las circunstancias y por medio de la relación con el otro se puede

llegar a conocerlo y definirlo bajo términos como: alegre, tímido, sociable, impulsivo. Sin embargo ciertas características de un sujeto pueden cambiar con el paso del tiempo debido a que la personalidad no es estática ni inmutable, está sujeta a variaciones procesuales dependientes de su propio dinamismo y de las influencias del entorno.

Allport (1986) citado en una obra de Balarezo (2010) declara que personalidad es: *“la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente”* (p.71).

A esta definición la explica de la siguiente manera:

Organización dinámica: la personalidad puede sufrir modificaciones debido a circunstancias externas o internas, por lo cual es algo en constante desarrollo y cambio. Explica además que si existe una condición de organización también existe la posibilidad de desorganización que puede sobrevenir en algunas personas.

Sistemas psicofísicos: el término sistema alude a rasgos o grupo de rasgos en estado latente o activo; la palabra psicofísicos muestra a la personalidad como

la unión activa del cuerpo y la mente; los hábitos, las actitudes específicas y generales, los sentimientos y las disposiciones son todos sistemas psicofísicos.

Determina: esta expresión es importante pues hace referencia a que la personalidad es algo y hace algo. Es lo que está ahí estableciendo los actos específicos.

Ajustes a su ambiente: el autor indica que la personalidad es una forma de supervivencia. Enfatiza que el término ajustes debe ser descifrado de modo amplio para que incluya las inadaptaciones y ambiente debe contener tanto al conductual como al geográfico próximo. El ajuste exige dominio y no solo adaptación pasiva.

Al ser la personalidad un tema complejo y sobre todo relevante tanto en psicología como en otras ciencias se han propuesto varias definiciones sobre este constructo. Caballo un autor interesado en el tema explica que pese a la variedad de conceptos, al parecer, existe un consenso en que la personalidad podría considerarse como *“un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas características que distingue a las personas entre sí y que persiste a lo largo del tiempo y a través de las situaciones.* (Caballo, 2004, p.31).

Por lo que se ha descrito comprendemos que al hablar de personalidad nos referimos a un término especial que determina ciertos patrones de pensamientos, sentimientos y acciones; la misma ha sido definida desde distintos enfoques. En unos ha prevalecido mayormente la parte psicológica en otros la biológica. Actualmente se promueve tomar en cuenta todos los aspectos que forman parte de aquel ser integral “el hombre”.

Y precisamente partiendo de lo anterior se toma al modelo integrativo focalizado en la personalidad Ecuador para definir a la misma y conocerla de manera más amplia, este modelo reconoce los siguientes componentes de su estructura y dinamismo:

“La personalidad es el núcleo integrador de las funciones psíquicas tanto en su estructura como en su funcionamiento. En este modelo se reconoce las facilidades y obstáculos que brindan los componentes biológicos y la genética en el comportamiento normal y patológico así como en el ejercicio terapéutico, pero se valida la influencia ambiental y sociocultural en estos componentes”.

(Balarezo, 2010, p. 73)

Se toma en cuenta el valor del pasado; debido a que en el mismo pudieron haber ocurrido eventos traumáticos que marcaron la vida de una persona; lo cual influye en la formación de la personalidad así como en la génesis de los trastornos. Se contempla el valor de las motivaciones y la vida afectiva en la construcción y expresión de la personalidad.

Se considera el valor de lo cognitivo en el desarrollo de la personalidad ajustada y patológica, así como la importancia de los principios del aprendizaje en la noción de lo normal y patológico, tomando en cuenta que los resultados de un proceso psicoterapéutico serían expresiones de nuevos estilos de aprendizaje.

Resaltan la valoración sistémica y ecológica en la comprensión de cómo influye la familia y sociedad en la construcción de la personalidad, partiendo del punto que los humanos son seres eminentemente sociales que pertenecen a grupos o sistemas en donde el comportamiento de un miembro afecta al otro.

1.1.2. Componentes de la personalidad:

Caballo (2004) expone: *“podemos hablar de personalidad como una mezcla de factores temperamentales (determinados por la biología) y caracterológicos (determinados por el ambiente)”* (p.27).

Para Balarezo (2010) la personalidad se compone de factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

Ambos autores tienen un criterio parecido con respecto a los componentes de la personalidad; sin embargo Balarezo toma en cuenta de manera especial a la parte cultural que si bien podría estar incluida en el ambiente de una persona, merece ser tomada de forma especial, ya que la misma es un aspecto clave que influye en la formación de la personalidad pues determina ciertas creencias y costumbres.

1.1.2.1. Factores biológicos de la personalidad

Siguiendo la línea de Balarezo (2010) se toma en cuenta dentro de lo biológico: genética, influencias neuropsicológicas, bioquímica del cerebro y componente endócrino.

1.1.2.1.1. Herencia y personalidad

Una de las interrogantes que surge en esta temática está relacionada con la existencia de ciertos rasgos de personalidad que pueden ser heredados; esta premisa tiene su base en lo relacionado a la influencia de los genotipos sobre los fenotipos. Diversos estudios de Brody y Erhlichman sobre el tema realizados en el año 2000 llegan a varias conclusiones:

Las influencias genéticas aditivas y las influencias ambientales compartidas, determinan que los hermanos biológicos criados juntos se parezcan. Las influencias genéticas no aditivas y las influencias ambientales no compartidas, hacen que los hermanos biológicos criados juntos sean diferentes.

Algunas dimensiones básicas de la personalidad tienen un marcado componente hereditario; así el rasgo neuroticismo es en un 55% heredable y el rasgo extroversión lo es en un 50%.

En gemelos monocigóticos, la correlación entre las diferentes escalas del MMPI (test que evalúa personalidad) es significativamente mayor que en gemelos dicigóticos, especialmente en la escala de introversión social.

En estudios daneses de adopción encontraron que la prevalencia de trastornos de personalidad esquizoide y paranoide es mayor en los niños con familiares

biológicos esquizofrénicos pero no en los adoptados por padres esquizofrénicos.

Existen varias habilidades en las personas que tienen una fuerte base genética sin embargo para la mayoría de los rasgos, la experiencia modifica la manifestación del genotipo. Un niño puede heredar el talento de algún antecesor para tocar un instrumento musical, pero si el ambiente no favorece el desarrollo de esa habilidad innata, la misma no se expresara.

Para determinar la posibilidad de heredar ciertos rasgos de personalidad se efectuaron un sinnúmero de estudios en familias y gemelos, tomando como muestra a hermanos monocigóticos y dicigóticos en condiciones de crianza familiar y adopción. (Brody y Erhlichman 2000, citados en una obra de Balarezo 2010, p. 91)

A partir de esto se llega a la siguiente conclusión: *“Si bien estamos marcados por una individualidad biológica heredada, ésta influye pero no determinadamente en nuestra personalidad, siendo que puede modificarse en el transcurso de la evolución personal debido a muchos acontecimientos predecibles e impredecibles”*. (Balarezo, Lucio 2010, p. 93)

Siguiendo en el tema de personalidad y herencia; probablemente se haya escuchado hablar del temperamento, al cual comúnmente se lo caracteriza

como inmutable y fijo precisamente por estar relacionado con lo biológico, las personas lo definen como algo con lo que se nace. Caballo en su libro: Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento 2004 explica que el temperamento se refiere: *"a las influencias innatas, genéticas y constitucionales que intervienen en la personalidad"*.

1.1.2.1.2. La propuesta temperamental de Eysenk

A continuación se expondrá una idea propuesta por Eysenk (1960) leída y retomada en una publicación de Balarezo (2010)

Los estudios de Eysenk señalan al neuroticismo, la extroversión-introversión y posteriormente el psicotismo, como dimensiones temperamentales presentes en todos los individuos, los cuales podrían evaluarse mediante un test específico.

Neuroticismo: *"Esta dimensión hace una diferencia entre los sujetos calmados, tranquilos de aquellos que tienden a ser nerviosos"* (p. 96). Explica el autor que las personas que llegaran a obtener puntajes altos en la escala de neuroticismo no son necesariamente neuróticas, más bien esto sería un indicador de una mayor predisposición para desarrollar este rasgo debido a las influencias genéticas presentes.

Extraversión-introversión: *“Esta dimensión diferencia a las personas tímidas y calmadas de las arriesgadas e incluso bulliciosas”* (p.97). Esta categoría estaría presente en todos los sujetos en mayor o menor grado, para esto existe una base fisiológica que está relacionada con el equilibrio de los procesos cerebrales de inhibición y excitación.

“La extroversión está caracterizada por la insensibilidad a los niveles bajos de estimulación y la reactividad a los niveles altos de estimulación requiriendo cotas elevadas de estímulo para que se active su sistema reticular activador ascendente” (p.97).

Lo que sucede es que los extrovertidos heredan genéticamente un nivel de activación por debajo del nivel óptimo, por lo cual buscan un aumento en la estimulación externa a través de sus órganos sensoriales; mientras que los introvertidos alcanzan niveles óptimos de activación con niveles de estimulación relativamente bajos evitando la estimulación fuerte.

Eysenk expone además que el extrovertido presenta una buena y fuerte inhibición cuando se le enfrenta a una estimulación traumática, él es sociable, impulsivo, despreocupado, dinámico, alegre. El introvertido tiene pobre inhibición cuando se enfrenta a un trauma, es reservado, se deja condicionar, aprende más rápidamente, tiene temores, ansiedad, suele ser discreto, presenta reacciones de evitación y disfruta con lo que hace solo.

En general se puede decir que para Eysenk detrás de esta dimensión (introversión-extroversión) está el SARA (Sistema de Activación Reticular Ascendente) que se encarga de activar a la corteza cerebral. Por ejemplo las personas con una corteza cerebral muy activada no necesitan más estimulación y evitan excesivo contacto social, es decir, serían introvertidas.

Psicoticismo: a esta dimensión se la incluyó posteriormente gracias a estudios realizados en instituciones mentales de Inglaterra. Aquí se describe a las personas solitarias, desadaptadas que pueden llegar a mostrarse crueles, tienen dificultad para la empatía, son insensibles, agresivos incluso con las personas más allegadas a ellos.

El autor recalca que de acuerdo a la valoración obtenida en las respectivas dimensiones, lo que se deduce es una predisposición para aquellos rasgos y no una patología manifiesta ya que la misma podría desarrollarse bajo determinadas circunstancias por acción del medio externo. Hay otros autores que también exponen la influencia del factor herencia en la personalidad.

En estudios actuales sobre el tema se encontró a Plomin (2002) quien considera el modelo de los cinco grandes factores descritos por John McCrae y Costa en 1990; se encuentran algunas similitudes con lo expuesto por Eysenk.

1.1.2.1.3. Plomin y el modelo de los cinco grandes factores

A continuación se presentan contribuciones hechas por Plomin (2007) que son expuestas en una publicación de Balarezo (2010)

Según Plomin la excitabilidad cortical constituye el estado de alerta del organismo y los factores temperamentales son los siguientes:

- Nivel de actividad: *“Regula la inclinación del sujeto a responder a un estímulo mediante el trabajo o la acción”*. Las personas activas tienden por naturaleza a la diligencia sobre todo ante las dificultades y aunque pueden ser individualistas e imprudentes, al mismo tiempo son más constantes y emprendedoras.

Las no activas son más calmadas y conciliadoras pero fáciles al desaliento, tienen temor a lo difícil y son propensas a delegar sus propias obligaciones. El nivel de actividad se denota por la inclinación de la persona para responder a un estímulo mediante la acción de acuerdo a los siguientes parámetros: rapidez-lentitud, organización-desorganización, estabilidad-inestabilidad.

- Emocionalidad: *“Mide la repercusión anímica de cada persona ante los acontecimientos.”* (p.94) Se explica que emotivo es quien reacciona de un modo intenso y casualmente desproporcionado ante las situaciones y

experiencias; es generoso, cordial, servicial. El no emotivo es lo contrario por lo que es frío, introvertido, silencioso, de pocas palabras pero más dueño de sí y prudente.

- Introversión y extraversión: como ya se explicó anteriormente la condición de introversión y extraversión tiene su base fisiológica en los procesos excitatorios e inhibidores de la corteza. El extrovertido es sociable, asiste a reuniones, tiene muchas amistades, no le gusta trabajar solo, busca las emociones fuertes, es arriesgado. El introvertido es más tímido, irritable, tranquilo, en algunos casos prefiere los libros que las personas, se muestra reservado y distante excepto con sus amigos íntimos, no le gustan las emociones fuertes.

- Sociabilización: *"Se puede definir como la predisposición a interactuar con los demás."*(p.96) Está relacionado con la introversión y extraversión, tomando en cuenta que en las personas introvertidas la corteza cerebral se activa fácilmente sin tanta estimulación externa, mientras que en los extrovertidos necesitan de mayor estimulación para que se active la corteza cerebral.

- Apertura a diversas experiencias: *"Constituye la tendencia para adquirir conocimientos y para utilizarlos en situaciones novedosas."* (p. 96) Esto

determina el éxito en la superación de problemas y experiencias nuevas de las personas.

1.1.2.1.4. Influencias neuropsicológicas, bioquímicas y endócrinas en la personalidad

En los últimos años la ciencia ha mostrado un notable interés en lo concerniente al cerebro y su relación con el comportamiento humano.

“La personalidad, aunque en forma incipiente, está siendo explorada por las neurociencias, los mecanismos bioquímicos y las rutas neuronales exactas que están implícitas en varios procesos psicológicos” (Balarezo Lucio, 2010, p. 97)

Al respecto se menciona el tema de la asimetría cerebral que plantea la especialización de los hemisferios; es así que el izquierdo se vincula con el pensamiento lógico y analítico maneja las funciones verbales y matemáticas, procesa la información de manera secuencial y la forma en que opera es lineal. El derecho en cambio se especializa en el pensamiento sintético, cumple tareas de control viso-espacial, controla las actividades artísticas, reconoce rostros y procesa información de forma más difusa y holística.

Dependiendo del hemisferio que domine una persona podría entenderse parte de su comportamiento, pues si existe un mayor dominio del hemisferio izquierdo la persona sería más lógica, reflexiva y analítica por lo cual le van a gustar actividades concretas. En el caso de que sea el hemisferio derecho el que ejerza mayor influencia, el individuo podría caracterizarse por ser creativo, dinámico, espontáneo tomando gusto por actividades artísticas.

Sin embargo hay que recalcar que pese a tener el dominio de un hemisferio esto no quiere decir que el otro pierde su especialidad, los sujetos pueden realizar actividades que involucren funciones de los dos hemisferios ya que existirán estímulos ambientales que incentiven a desarrollar habilidades referidas a un hemisferio u otro.

En cuanto a lo que se refiere a la bioquímica del cerebro y su relación con el comportamiento del hombre se mencionan algunos neurotransmisores. *“Se denominan neurotransmisores a las sustancias químicas contenidas en la neurona y que son secretadas por ésta para transmitir información a su efector postsináptico o neurona receptora y obtener una acción excitatoria o inhibitoria”.* (Balarezo Lucio, 2010, p.100)

Tenemos a la acetilcolina que produce inhibición conductual, además actúa a nivel de la memoria. La noradrenalina se relaciona con la excitación conductual y emocional; se explica que la depresión recurrente se asocia con niveles bajos

de este neurotransmisor mientras que la manía con niveles altos. La dopamina vinculada también con la excitación emocional y asociada con la enfermedad de Parkinson.

Serotonina implicada en la depresión, agresión, sueño, dolor crónico, impulsividad, ansiedad, trastorno de alimentación. Los niveles muy bajos pueden inducir al suicidio o pensamientos violentos. Como se ha visto los neurotransmisores están involucrados en parte de lo que corresponde al comportamiento del ser humano; es necesario que el psicólogo clínico conozca esta información a la hora de evaluar la personalidad; evitando así "psicologizar o biologizarlo todo" y más bien se promueva ver al hombre como un ser integral (bio-psico-social) sin pretender fragmentarlo.

Por último se menciona al sistema endócrino; *"este a través de las células glandulares, elabora secreciones o sustancias que pueden, de alguna manera influir sobre la personalidad a través de su injerencia directa sobre el cerebro"* (Balarezo, 2010, p.102) Estudios realizados sobre el tema permiten afirmar que una parte de lo que es el humano a nivel físico, mental y emocional es producto de su actividad glandular. Parte del comportamiento de un sujeto se debe a su funcionamiento biológico.

Por ejemplo tenemos a las glándulas suprarrenales que secretan adrenalina y noradrenalina, sustancias vinculadas con las respuestas de agresión o huida.

La glándula tiroides regula el metabolismo del cuerpo y controla la producción de energía en el mismo.

Cuando existe un desbalance hormonal pueden presentarse enfermedades como el hipotiroidismo, éste provoca alteración del estado de ánimo en los pacientes y por su presentación disfrazada, pueden recibir tratamiento psiquiátrico o psicológico cuando lo urgente sería recibir tratamiento hormonal sustitutorio acompañado por supuesto de orientación psicológica para un mejor afrontamiento del paciente a su enfermedad.

1.1.2.2. Factores psicológicos de la personalidad

Tomando en cuenta la importancia de lo sociocultural en el desarrollo de la personalidad, se expondrán criterios de la teoría Eriksoniana enunciada en una obra de Balarezo para explicar cómo desde la niñez y a través de los estadios de desarrollo, el sujeto se encuentra vulnerable ante influencias negativas y también preparado para adquisiciones positivas en el dinamismo de su personalidad.

Este autor plantea la noción de crisis, las que deberían superarse en todas las edades desde la niñez hasta la vejez; la resolución de estas crisis da lugar a una serie de virtudes del yo que influyen en la identidad personal.

En el desarrollo de la personalidad, Erikson consideraba que ésta nace de la relación entre las expectativas personales y las limitaciones del ambiente cultural, así cada etapa es un avance, un estancamiento o una regresión con respecto a las otras etapas. Establece ocho estados en el desarrollo psicosocial de una persona.

- Primer año: *“Es la llamada etapa del bebé, en ella se establecen las relaciones psicológicas con la madre y de estas relaciones surgen las actitudes básicas de confianza o desconfianza”* (p.114).

Aquí es muy importante la satisfacción de las necesidades pues si son cubiertas el bebé desarrolla la sensación de que el mundo es un lugar bueno y seguro, de lo contrario se daría frustración que produce inseguridad, temor, desconfianza. Si se resuelve esta crisis tenemos como virtud a la esperanza.

- Segundo a tercer año: *“En esta etapa las relaciones del niño se amplían a los dos padres dando lugar a la formación de las estructuras de autonomía y dominio de sí mismo, o de inseguridad y conformismo según sea esa la relación con los padres”* (p.114).

En el caso de padres sobreprotectores que no permitan que el niño explore el medio y por tanto sea más independiente puede producirse duda de sí mismo y

rechazo a lo externo. El papel de los padres es esencial, la virtud que surge aquí es la voluntad.

- Tercer a quinto año: *“Las relaciones del niño se amplían hasta la denominada familia básica. En esta etapa se fomenta la iniciativa o los sentimientos de culpabilidad, al igual que la actividad espontánea y deliberada”* (p.114).

Aquí los niños son más activos y tienen más proyectos, es básico que tengan la estimulación de los padres, la falta de iniciativa produce culpa, falta de mérito y resentimiento. Virtud el propósito.

- Sexto a duodécimo año: *“El ámbito de las relaciones sociales del niño se amplía en la escuela y en la vecindad. Surgen en él las ideas de competición y de cooperación con los demás, así como los sentimientos de superioridad o inferioridad”* (p.114).

Hay búsqueda de nuevas expectativas en el hogar y escuela, se adquieren habilidades para llegar a ser adultos productivos; la represión genera inadaptación, mediocridad, inferioridad. Virtud la destreza.

- Adolescencia (12-20 años): *“Las pandillas y los líderes influyen notablemente en la consolidación de la propia identidad personal de este*

período. Se buscan ídolos a los cuales imitar, y como consecuencia de esta imitación se producen en el adolescente sentimientos de integración o marginación.” (p.114)

El adolescente debe determinar su propio sentido del yo, puede tomar como referencia a personas que admire para luego sacar su propia identidad. Virtud: fidelidad.

- *Juventud o adultez temprana (20-25 años): “Este es un período crítico de la relación social, ya que el joven pasa a un nivel más diferenciado, donde el amor y la amistad, la solidaridad y el aislamiento se manifiestan según el grado de madurez alcanzado” (p.114).*

Básicamente aquí la meta es resolver la intimidad, existe una búsqueda de relación de pareja, el fracaso causa soledad y sentimiento de incompletud. Virtud el amor.

- *Adultez intermedia (25-60 años): “El trabajo y la familia son los puntos cruciales de esta etapa. En este período se forman comportamientos de producción y de protección hacia la familia, desembocando en actitudes altruistas o por el contrario en actitudes egocéntricas” (p.114).*

El adulto maduro se preocupa por guiar a la siguiente generación de lo contrario tiene sentimientos de pobreza personal. Virtud el cuidado.

- *Adulthood (old age): "When a man feels that he has exhausted his own vital possibilities, he adopts a posture of personal integrity and self-actualization; or, on the contrary, a posture of insensitivity and despair" (p. 115).*

La meta en esta etapa es aceptar la muerte, hay oportunidad para alcanzar la plenitud y la individualidad, la desesperación puede darse ante la pérdida de roles anteriores; depende de la aceptación de las otras etapas para enfrentar esta. Virtud la sabiduría. Etapas psicosociales de Erikson (1986) leídas en una publicación de Balarezo (2010) p.114.

Se aprecia claramente según la teoría de Erikson que la personalidad se va formando desde el inicio de la vida de un sujeto, siendo importante en primera instancia la protección y cuidado de la madre; con el tiempo el bebé se irá relacionando con el padre y posteriormente con el entorno que lo rodea para poder adquirir la autonomía que requiere y así desenvolverse normalmente. Si encuentra demasiadas limitaciones en su ambiente esto afectará el desarrollo del individuo y se lo observará a través de su comportamiento.

Este autor argumentó que el desarrollo del yo es un proceso de toda la vida. Cada etapa de la existencia de un sujeto deja un aprendizaje que permite adquirir experiencia y enfrentar el medio de otra manera. A partir de esta inferencia se puede comprender claramente la idea que plantea Balarezo acerca de que la personalidad no es estática pues está sujeta a cambios que se dan a lo largo de la vida; cada etapa puede convertirse en una oportunidad para modificar ciertos rasgos de personalidad que en algún momento causaron conflicto al sujeto.

1.1.2.3. Factores socioculturales de la personalidad

Antes de iniciar este apartado se hace necesario definir lo que es cultura: *"conjunto de elementos materiales e inmateriales (lengua, ciencias, técnicas, costumbres, tradiciones, valores y modelos de comportamiento) que socialmente transmitidos y asimilados, caracterizan a un determinado grupo humano con respecto a los otros"* (Enciclopedia Salvat, p. 197).

Parte de lo que es el ser humano se debe a su cultura pues la misma determina ciertos pensamientos y comportamientos; por ejemplo al carácter muchas veces se lo asocia a factores psicológicos y socioculturales aprendidos que influyen sobre la personalidad. *"Una muy buena parte del carácter se forma a lo largo de la experiencia y del proceso de socialización"*. (Caballo, Vicente, 2004 p. 28)

Al ser humano se lo define como un ente social por naturaleza razón por la cual pertenece a distintos grupos o sistemas como la familia, escuela, algún tipo de religión, grupos culturales y en sí la sociedad misma.

“Estos sistemas organizan estructuras y procesos singulares que por su dinámica particular, formalizan influencias de aprendizaje para las personas. Es mediante la interacción entre el medio y el individuo que se funda la personalidad de cada sujeto lográndose una estructura individual; no obstante mantiene determinadas similitudes con los otros en su comportamiento externo.” (Balarezo, Lucio 2010, p. 106)

Es decir cada sujeto al ser diferente adopta características según su estructura individual en función de la influencia de algunos factores como ambiente físico, condiciones sociales, económicas, influencias culturales, mecanismos de aprendizaje presentes en la sociedad y el individuo. Los factores ambientales son aquellos contextos en los que el sujeto se desenvuelve.

Estos escenarios se influyen entre sí, por lo cual en conjunto repercuten en la formación de un niño, provocando en él varios efectos específicos. *“También la cultura termina generando conductas que nos diferencian de los habitantes de otras culturas expresándose en valores, costumbres, comportamientos cotidianos.”* (Balarezo, 2010, p. 106)

Las condiciones socio-económicas implican por una parte la estructura socio-económica de un país y por otra un determinado nivel de vida individual que afecta sus condiciones psicológicas. Si un niño se desenvuelve en un hogar extremadamente pobre y con figuras paternas hostiles y apáticas, probablemente en algún momento sienta la necesidad de hurtar para poder comer y sobrevivir; parte de su personalidad se ha visto afectada debido a la situación económica en la que vive; situaciones que por lo general se ven en países capitalistas en donde existe marcada desigualdad económica.

Cada generación nace en un entorno definido que establece las condiciones en las que el sujeto va a desarrollarse a lo largo de su vida. Actualmente los niños entran a instituciones escolares a tempranas edades, existe mayor estimulación a nivel físico, emocional, psicológico lo cual influye notablemente en la personalidad del sujeto.

Balarezo afirma que los escenarios históricos fijan las circunstancias de cada generación, siendo el familiar el primer contexto de referencia ya que en él aparecen los primeros ejes afectivos, educativos, ambientales. *“Todo contexto familiar va a predeterminar el comportamiento posterior a través del contacto activo con los adultos que lo rodean”* (Balarezo Lucio, 2010, p.107).

El ser indefenso que nace, con una adecuada estimulación integral se puede convertir en un humano capaz, autónomo, e independiente que no solo se

adapta sino que lucha llegando a transformar conscientemente el medio que lo rodea.

Todo este proceso de edificación y transformación de naturaleza histórica y cultural es factible gracias a los mecanismos biológicos que contrariamente a ser fijos e inalterables como algunos deterministas biológicos plantean, son flexibles y cambiantes en correspondencia con la variedad de condiciones que el ser humano encuentra en su ambiente cultural y material.

“La personalidad, la inteligencia, las necesidades, los procesos psíquicos, necesitan de una base material que es el cerebro humano, pero su formación, contenido y estructura dependen de lo sociocultural”. (Balarezo, Lucio 2010, p.107).

Entonces queda claro que el proceso por el cual el individuo desarrolla su personalidad se produce en una interrelación con el ambiente, pero no solo con un medio natural determinado, sino también con un orden cultural y social específico mediatizado para él por los otros significantes.

Otro factor que influye en el desarrollo de la personalidad es el fenómeno de socialización, los que principalmente están relacionados con este campo son los psicólogos sociales, quienes se interesan en cómo las personas aprenden las reglas que regulan su comportamiento con los demás, con los grupos de los

que son miembros y con la sociedad. Estos psicólogos estudian el fenómeno de socialización el cual hace referencia al proceso de adaptarse o formarse para un medio social específico.

Al respecto se han estudiado considerablemente los métodos por los cuales los adultos aprenden a adaptar sus pautas de comportamiento cuando se enfrentan a nuevas situaciones; algunas de las formas como se obtienen estas conductas se señalan a continuación:

Estructura y dinámica de grupos

El ambiente en el que se desarrolla un sujeto modifica o interviene en el comportamiento de aquel, pero de igual forma un individuo determina parte de lo que se halla en un sistema; por lo tanto las personas y el grupo se influyen mutuamente; Balarezo expone que dependiendo del tipo de personalidad un sujeto puede tender más a ejercer una influencia sobre los demás o ser a su vez influido por otros.

El aprendizaje

El ser humano es sociable por naturaleza por lo cual pertenece a varios grupos como la familia, instituciones, algún tipo de religión, grupos culturales y en sí la sociedad misma; estos sistemas proporcionan diversos aprendizajes y como ya

se había mencionado la familia es el primer grupo del que el niño toma referencia para aprender determinados comportamientos, más adelante se relacionará con sujetos de su medio que proporcionarán diversas enseñanzas que afectarán parte de su conducta, lo cual lleva a pensar que un individuo todo el tiempo está aprendiendo y lo hace de cada uno de sus sistemas.

Afiliación social, poder, influencia

Algunos investigadores entre ellos Lewin han determinado que si las personas no están seguras de cómo se sentirán o cómo responderán en una situación nueva o indeseable, buscarán la compañía de otras que puedan aportarles esa información. Han observado también que los primogénitos y los hijos únicos son corrientemente más propicios a unirse a grupos durante su vida que los otros que han nacido después.

Esto probablemente porque al ser primogénito o hijo único buscan compartir con otras personas lo que les ocurre; con el tiempo este comportamiento se convierte en un patrón que persiste a lo largo del tiempo.

Cambio de actitudes

“Las actitudes suelen considerarse como predisposiciones aprendidas que ejercen una influencia en la conducta, provocando respuestas hacia

determinados objetos, personas o grupos". (Balarezo Lucio, 2010, p.108) Las actitudes se crean a partir de la relación con los otros, es decir son ideas que se van forjando como producto de la socialización por lo cual son modificables; el comportamiento que un sujeto tenga hacia los demás dependerá de sus actitudes hacia ellos.

La investigación sobre cómo se forman, se organizan en la mente y se modifican las actitudes ha sido un tema de gran importancia, el descubrimiento de que las conductas siguen a las actitudes y viceversa se basa en que los sujetos quieren preservar la consistencia lógica en sus puntos de vista sobre ellos mismos y sobre su entorno.

Algunas teorías sobre la consistencia cognitiva exponen la idea de que los individuos prefieren pensar que sus acciones son coherentes con sus creencias; en el caso de que se presentara incoherencia entre ambas (creencia-acción) esto es una disonancia cognitiva y tratan de reducirla cambiando las creencias antes que las acciones.

A través de la investigación empírica los psicólogos sociales tratan de comprender las condiciones bajo las cuales las personas descubren la disonancia y como intentarán reducirla mediante el cambio de actitudes básicas. Los estudios realizados que apoyan la teoría de la disonancia predicen

que las actitudes de un sujeto hacia un grupo social pueden modificarse si se induce a aquel a cambiar su conducta hacia el grupo.

“El cambio de actitudes representa los esfuerzos que la persona realiza para que sus ideas sobre ese grupo concuerden con el modo en que se ha comportado con sus miembros” (Balarezo Lucio, 2010, p.108).

1.1.3. Tipología de la personalidad

“A pesar de recalcar la individualidad del sujeto en su actividad psíquica, existen construcciones que son similares en los individuos, hecho que se vincula con la experiencia social y familiar permitiendo tomar referentes de agrupación que resultan válidos en el ejercicio de ayuda” (Balarezo, Lucio 2010, p.81)

En el modelo integrativo focalizado en la personalidad expuesto por Balarezo se toma como ejes básicos del psiquismo: cognición, afectividad, conducta y relaciones interpersonales. Dado que estos componentes son generales para todos los individuos, dichas características están presentes en todas las personalidades.

Se resalta el hecho de que el predominio de uno de los componentes no marca una perspectiva que excluya a los demás factores; es decir existirán personas que presenten equilibrio en los cuatro componentes (afectividad, cognición, conducta, y relaciones interpersonales) pero alguno de estos primara sobre los demás.

"La apreciación biopsicosocial del modelo presente en el análisis del origen de estos procesos, señala a su vez requisitos de primacía en cada sujeto, sea por predominio o déficit, permitiendo establecer grupos generales de afinidad en su expresión." (Balarezo, Lucio, 2010, p.82).

Es así que en algunas personas no se observarán equilibrio en los cuatro componentes sino el predominio de un factor en especial y déficit en lo demás. Algo relevante que se señala es que un mayor nivel de equilibrio psíquico denotan las personalidades que presentan predominios, mientras que aquellos que presentan déficits mantienen mayores dificultades personales y sociales.

Todas las personas poseen las cuatro áreas básicas de la personalidad y las diferencias individuales se marcarían por la expresión de los rasgos con una inclinación señalada hacia alguno de los componentes y déficits en otros. De esta manera se encuentra adecuada la agrupación de los siguientes tipos:

1.1.3.1. Grupo con características de predominio afectivo

- Histriónicas
- Ciclotímicas

En general se podría decir que las personas afectivas poseen como características principales: expresar fácilmente las emociones, tienen un acercamiento social cómodo, en palabras más sencillas se diría que son sociables, extrovertidos, permanentemente buscan estimulación externa, presentan cogniciones y conductas invadidas por el afecto, además desinhibición y rápida movilización de sus sentimientos y comportamientos.

Hay que mencionar que son las personalidades con rasgos histriónicos los que esperan mayormente la aprobación social, las ciclotímicas debido a sus cambios en el estado de ánimo mantienen una tendencia más interna, sobre todo cuando su estado de ánimo es negativo.

1.1.3.2. Grupo con características de predominio cognitivo

- Anancásticas
- Paranoide

“En los cognitivos prevalecen los juicios, razonamientos, y la lógica en su conducta y en la expresión afectiva. Igualmente los contactos sociales se enmarcan en estas características.” (Balarezo, Lucio, 2010, p.83)

Estas personas son determinantes en sus pensamientos, afectos y comportamientos mostrando propensión a mantenerse en ellos; pueden mostrarse obsesivos en ciertas cosas.

Se explica además que la actitud de control suele ser más externa en los paranoides a diferencia de los anancásticos que ejercen un autocontrol interno.

1.1.3.3. Grupo con características de predominio comportamental

- Impulsivas
- Antisociales

Según Balarezo (2010) esta tendencia se expresa por la activación conductual inmediata, sin advertencia suficiente en los componentes cognitivos y afectivos. Explica además que la acción enérgica y primaria es su característica, la misma que aprehende las relaciones interpersonales, los afectos, y las cogniciones. En términos más comprensibles se expondría que los sujetos que se encuentran en este grupo son impulsivos, más que pensar, reflexionar, analizar minuciosamente, lo que piensan o planean lo ejecutan de forma inmediata.

1.1.3.4. Grupo con características de déficit relacional

- Esquizoide
- Dependiente
- Esquizotípico
- Evitativo

“En este grupo se observa una tendencia a la intimidad personal y al retraimiento social con dificultad de expresión afectiva externa. La conducta suele ser mediatizada y escasa. La cognición se desvincula del otro y se retrae hacia sí mismo” (Balarezo, Lucio, 2010, p.83).

En el caso de sujetos con rasgos esquizoides muestran desinterés en el contacto con los demás, son más solitarios, los dependientes necesitan de otras personas casi todo el tiempo, los esquizotípicos se apartan de los demás mediante sus extravagancias, y por último los evitativos no se sienten cómodos en su participación social.

Balarezo expone que la terminología antes descrita se la realiza exclusivamente para favorecer la interrelación profesional y las investigaciones sobre estos temas que son los méritos de los clasificadores internacionales, sin embargo se podría emplear otra nomenclatura que sirva para entender los

estilos comportamentales prevalentes y las dificultades observables en la terapia.

Es decir no se pretende etiquetar a las personas al interactuar con ellas y determinar ciertos aspectos en su forma de ser; simplemente se busca dar nombre a lo que se encuentra en la práctica profesional ya que de esta manera se podrá hablar un lenguaje común entre psicólogos, psiquiatras y otros expertos en el tema.

1.1.4. Rasgos de personalidad

“En psicología la definición de rasgo alude a un elemento característico de la personalidad relativamente estable. “La forma más fácil de describir la personalidad es mediante el uso de atribuciones descriptivas referentes a conductas o comportamientos evidenciados a través de la observación objetiva de los otros”. (Balarezo, Lucio 2010, p.75).

El psicólogo mediante la entrevista puede interactuar con el paciente y encontrar ciertos rasgos particulares en él que ayuden a entender su comportamiento; al conocer algunas de las características de la persona podrá incluso determinar qué tipo de trato es el que se le debe dar.

1.1.5. Rasgos fundamentales de las personalidades

Balarezo (2010) tomando en cuenta los rasgos predominantes de cada tipo de personalidad, las agrupa de la siguiente manera:

Personalidades con predominio afectivo

1.1.5.1. Personalidad histriónica

- Busca constantemente apoyo y elogio
- Incomodidad en situaciones en las que no es el centro de atención
- Vanidad en su apariencia y conducta
- Utilización permanente del aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo
- Exageración en la expresión de sus emociones comportándose de manera dramática, presenta tendencia a la teatralidad
- Cambios de humor y escasa tolerancia a la frustración
- Presenta inestabilidad, labilidad y excitabilidad emocional
- Es sugestionable (fácilmente se deja influir por los demás)
- Expresión emocional superficial y rápidamente cambiante
- Relaciones interpersonales superficiales
- Al interactuar con otros muestra un comportamiento seductor o provocador

- Es generoso para ser elogiado
- Manipulación a través de sus diálogos
- Forma de hablar excesivamente subjetiva
- Consideración de sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad

1.1.5.2. Personalidad ciclotímica

- Fluctuaciones en su estado de ánimo
- Períodos de lentificación orgánica y psíquica
- Períodos de aceleramiento funcional y psíquico
- Facilidad en el contacto social, es agradable, alegre y franco cuando se encuentra en buen estado emocional, ya que en otras ocasiones muestra retraimiento social
- Hipersensibilidad
- Colaboración solícita y preocupación por los demás
- Generosidad espontánea
- Bajo nivel de tolerancia
- En estado afectivo positivo se muestra activo, participativo, trabajador, optimista, sociable, organizador
- En estado afectivo negativo se torna triste, pasivo, despreocupado de su aspecto personal, negativista, retraído.

Personalidades con predominio cognitivo

1.1.5.3. Personalidad paranoide

- Deduce engaños, presenta tendencia al rencor; dificultad para olvidar insultos, injurias o desprecios.
- Muestra desconfianza ante nuevas amistades.
- Propensión a los celos.
- Contraataca si le humillan o le ofenden.
- Expansividad del Yo.
- Recolección de documentos para su defensa.
- Características de liderazgo.
- No confía fácilmente en los demás.
- Sospecha sin base suficiente que los demás se van a aprovechar de él.
- Preocupación por dudas injustificadas acerca de la lealtad de amigos y socios.
- Es suspicaz, tiende injustificadamente a interpretar las acciones de los demás como agresivas o amenazantes.
- Propensión a la frialdad, el egocentrismo y la rigidez.
- Sentido combativo y tenaz de los propios derechos.
- Le interesa el poder y el rango social.
- Propensión a ser competente.

1.1.5.4. Personalidad anancástica

- Presenta rectitud y escurpulosidad. Es decir exactitud, esmero y minuciosidad para hacer las cosas.
- Búsqueda de perfección que en ocasiones interfiere en la actividad práctica.
- Preocupación por los detalles, orden y reglas. (Predominio del super yo).
- Le agrada que los demás se ajusten a sus criterios y formas de hacer las cosas.
- Apego al trabajo y a la productividad.
- Escrupulosidad e inflexibilidad en relación con la limpieza.
- Reprime afectos.
- No suele ser generoso.
- Incapacidad para desprenderse de objetos.
- Tendencia a conductas rígidas.
- Preocupación por las normas que ellos mismos se imponen.
- Inquietud por los detalles, listas, orden, organización y horarios.
- Propensión a la indecisión, cualquier aspecto que amenace su rutina les genera ansiedad.

Personalidades con predominio comportamental

1.1.5.5. Personalidad inestable o impulsiva

- Presentan impulsividad en sus reacciones cotidianas.
- Sus relaciones interpersonales son intensas e inestables.
- Preferencia por las actividades en espacios abiertos y que sean de riesgo y competencia.
- Tolerancia alta al dolor.
- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- Sus relaciones interpersonales inestables e intensas se caracterizan por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. Por ejemplo a un amigo hay días que lo admiran demasiado y otros días que sienten que lo odian.
- Alteración de la identidad con autoimagen acusada y sentido de sí mismo persistentemente inestable.
- Impulsividad en algunas áreas, que pueden ser potencialmente dañinas para sí mismo como en gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción irresponsable, atracones de comida.
- Sentimientos habituales de vacío.
- Muestran inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo, tienen episodios de intensa disforia, irritabilidad, o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días.

- Manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos.

1.1.5.6. Personalidad antisocial

- Pauta de conducta irresponsable.
- Mienten con facilidad.
- Hurtos, holgazanería, vandalismo, conductas provocadoras, fugas del hogar, absentismo escolar, y crueldad física.
- Existe fracaso en la actividad laboral así como en el mantenimiento de obligaciones económicas familiares y sociales.
- Tienden a la impulsividad, irritabilidad, agresividad y violencia.
- No tienen remordimiento con respecto a sus conductas y culpan a los demás de las mismas.
- Despreocupación por su seguridad y la de los demás.
- Falta de capacidad para la empatía.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Carencia de aprendizaje a través de la experiencia.
- Fracaso en el cumplimiento de normas sociales.
- Incapacidad para planificar el futuro.
- Constantemente participan en peleas físicas y agresiones

Personalidades con déficit relacional

1.1.5.7. Personalidad esquizoide

- Disfrutan y prefieren actividades solitarias.
- No disfrutan de las relaciones con los demás.
- Frialdad afectiva, sin expresión de sentimientos.
- Dificultad para tener experiencias interpersonales y sexuales
- Se muestran indiferentes ante la desaprobación y crítica de las personas.
- Tendencia a la fantasía.
- Afectividad reprimida y distante.
- Incapacidad para sentir placer.
- Disfrutan con pocas o ninguna actividad.
- Escasa amistad íntima con personas de confianza a parte de los familiares de primer grado.

1.1.5.8. Personalidad evitativa

- Presentan hipersensibilidad a los contactos interpersonales, por lo que evaden trabajos o actividades que impliquen un contacto importante.
- Escasas relaciones íntimas y de confianza.
- Evitan actividades sociales complejas.

- Establecen vínculos cuando están seguros de la aprobación del otro.
- Tímidos y reservados en reuniones sociales.
- Tendencia a huir de dificultades, riesgos, y peligros físicos.
- Temor de relacionarse con los demás si no están seguros de que van a agradar.
- Represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
- Preocupación por la posibilidad de ser criticado o rechazado en reuniones sociales.
- Inhibición en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
- Se percibe a sí mismo como carente de habilidades sociales y poco interesante a los demás.
- Exageradamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en actividades nuevas debido a que pueden resultar comprometedoras.

1.1.5.9. Personalidad dependiente

- Tienen dificultad para tomar decisiones cotidianas si no cuentan con un consejo de las personas que están a su alrededor.
- Aquiescencia a los demás. (se conforman, aceptan lo que otros digan)
- Se les hace difícil organizar proyectos o actividades debido a su poca iniciativa.

- Realiza tareas desagradables para ser aceptado por los otros.
- Muestra sufrimiento excesivo en pérdidas afectivas.
- Se siente incómodo si está solo.
- Temor al abandono.
- Sensible ante la crítica y desaprobación.
- Conducta dependiente y sumisa.
- Tendencia a fomentar o permitir que otros asuman responsabilidades importantes de su propia vida.
- Prestan más atención a las necesidades de los que dependen que a las de ellos mismos.
- Sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solo, debido a temores exagerados a ser incapaces de cuidarse de sí mismos.
- Buscan una nueva relación afectiva cuando terminan un vínculo importante para que les proporcionen el cuidado y apoyo que necesitan.
- Colaboradores y disciplinados.

1.1.5.10. Personalidad esquizotípica

- Ideas de referencia.
- Tienen creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales tales como

superstición, clarividencia, telepatía, o sexto sentido. En niños y adolescentes fantasías y preocupaciones extrañas.

- Experiencias perceptivas inhabituales incluidas las ilusiones corporales.
- Pensamiento y lenguaje raro, vago, circunstancial, metafórico o estereotipado.
- Desconfianza o ideación paranoide.
- Comportamiento o apariencia excéntrica.
- Afectividad inapropiada o restringida.
- Falta de amigos íntimos o de confianza a parte de los familiares cercanos.
- Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre los demás.

Balarezo indica estar en desacuerdo en que para describir o tipificar la personalidad se requiera una edad determinada como trazan los clasificadores psiquiátricos; pues expone *"la personalidad se forma desde el mismo momento de la concepción y en el transcurso de las etapas vitales está sometida a la influencia de factores externos que refuerzan o modifican la estructura básica pero manteniendo un mismo patrón básico"* (p.73)

Lo cual es coherente puesto que la personalidad de un ser humano puede verse determinada desde el vientre materno; la aceptación o rechazo por parte

de la madre o si existió sufrimiento fetal debido a que el parto resultó complicado son factores relevantes que influirán posteriormente en el sujeto.

1.1.6. Influencias sociales tempranas en los tipos de personalidad

A continuación se expondrán cómo las experiencias tempranas intervienen en la estructura de la personalidad en base a la influencia que reciben del entorno.

Personalidades afectivas:

Balarezo expone que en las personas con rasgos histriónicos es factible observar sobre estimulación en etapas tempranas, añade además que al indagar sobre la vida de los pacientes desde que eran pequeños se encuentra que los niños eran el centro de atención para padres y familiares quienes además brindaban mimos frecuentes.

Utilización indiscriminada de recompensas por parte de progenitores o cuidadores; dificultades en la resolución de celos parentales o fraternos; condiciones físicas y psíquicas atractivas que llaman la atención de los demás; pudo existir también carencia de figura parental.

En las de tipo ciclotímico se aprecian algunas de las características señaladas en personas con rasgos histriónicos. Además *“puede existir un patrón depresivo en el que se aprecien situaciones de pérdida emocional temprana como la muerte de un ser querido, dificultades en el entrenamiento de la indefensión”* (Balarezo, 2010, p.110).

En las personas que han sufrido este tipo de acontecimientos y más tarde presentan tendencia a deprimirse lo más seguro es que no recibieron ayuda para poder enfrentar correctamente lo que les sucedió.

Personalidades cognitivas:

En lo relacionado al tipo paranoide se presume sobrevaloración excesiva sobre sus capacidades y logros reales y ficticios, en su niñez pudo estar sometido a fuertes contradicciones, discrepancias, antagonismos y diferencias con las figuras parentales así como a desaprobaciones por parte de los mismos; grandes demandas acerca del cumplimiento exitoso de las tareas, condiciones intelectuales o personales favorables.

En el caso del tipo anancástico se explica un exceso de control parental con castigos físicos, psicológicos. Culpabilidad generada por sobre exigencias no alcanzadas, ideas religiosas estrictas, entrenamiento temprano de la

responsabilidad sobre todo cuando se imponen obligaciones no acordes con la edad.

Personalidades comportamentales:

En el tipo inestable se advierte variación de experiencias tempranas: inconsistencia en el control parental, es decir en ocasiones corrigen conductas negativas y en otras no y las dejan pasar, ausencia de reglas tempranas, refuerzos positivos por el cumplimiento de expectativas de los padres, poca eficacia en la relación competitiva con sus hermanos.

En lo que se refiere al antisocial Balarezo expone que se encuentran modelos parentales deficitarios que no generan normas ni conciencia de valores, ausencia de cariño en sus relaciones tempranas, marginamiento social. En muchos sujetos con este tipo de rasgos se ha constatado violencia, maltrato, agresión verbal, física, psicológica propiciada por personas de su entorno.

Personalidades con déficit relacional

Balarezo basándose en la teoría de Erikson expone que en el tipo esquizoide se encuentra *"pobreza estimulativa en los estadios tempranos de vinculación sensorial, relaciones familiares impávidas e impersonales, comunicaciones parentales frías y disgregadas"* (p.111.) Por lo expuesto claramente se observa que las personas con este tipo de personalidad no recibieron desde tempranas

edades estimulación del medio sobre todo de la madre con quien como ya se expuso anteriormente se establecen las primeras relaciones vinculares.

En el subtipo evitativo son frecuentes el rechazo y desprecio por parte de familiares, tratos menospreciantes, duros, despreciativos de los padres. También se evidencia rechazo y alienación de los pares y compañeros, razón por la cual se vuelven tímidos, temerosos en eventos sociales. En el caso del dependiente se observa excesivo apego parental, desde pequeño lo sobreprotegeron por alguna situación especial que puede ser de orden psíquico o físico por ejemplo una enfermedad grave.

Y por último en lo referido al esquizotípico se aprecian pobre estimulación temprana con desprecios, burlas y rechazos en las primeras etapas del desarrollo.

1.1.7. Permanencia de procesos tempranos en los estilos de personalidad

A continuación se sintetizan los componentes o rasgos que tienden a mantenerse como estables en la estructura. Esto expone Balarezo en base al proceso de autoperpetuación.

“La autoperpetuación se refiere al mecanismo por el que las estructuras cognoscitivas tienden a perpetuar (por lo general con un pensamiento automático) sus contenidos informacionales. Con los años una experiencia inicial habrá sesgado a su favor infinidad de experiencias, lo que fortalecerá el esquema en cuestión”. Millon (1999, p.130) citado en una obra de Riso (2001)

En las personalidades afectivas de tipo histriónica se mantienen las preocupaciones por los estímulos externos, la represión extrema con escasa vida interna y las relaciones sociales y afectivas superficiales. En el caso del ciclotímico existen por un lado tendencia a la expansión del yo, búsqueda de estimulación externa cuando están con un estado de ánimo positivo es decir alegre; y por otro lado se presentan recreaciones de las experiencias de sufrimiento, culpa y reforzamiento de los sentimientos de desesperanza.

En las personalidades cognitivas de tipo paranoide: *“permanecen los mecanismos defensivos para contrarrestar la vinculación, la descarga de la hostilidad y la reconstrucción de la realidad para que se ajuste a su autoimagen y aspiraciones”* (Balarezo, 2010, p112). En el caso del anancástico prevalece la rigidez excesiva, culpa, autocrítica y la creación de reglas y normas.

En las personalidades de tipo comportamental como la inestable prevalecen comportamientos impulsivos con características de inseguridad; la inconsistencia en el control parental genera conductas impulsivas que

prevalecen a lo largo del tiempo. En los antisociales persiste la violencia, agresividad, irritabilidad. Desde edades tempranas aprenden que intimidando a otros pueden conseguir cosas, lo cual se da también por la carencia de normas y reglas establecidas por figuras parentales.

En las personalidades con déficit relacional de tipo esquizoide se mantienen el comportamiento insensible, la consciencia perceptiva disminuida, la frialdad afectiva y la inactividad social. En lo referido al tipo evitativo persiste el aislamiento social, los comportamientos temerosos, la hipersensibilidad emocional. En el caso del tipo dependiente permanece el auto desprecio, la evitación de responsabilidades y los comportamientos de adherencia social.

En los esquizotípicos se utilizan mecanismos para contrarrestar la despersonalización y para evitar las imposiciones externas, se desvía la sobre estimulación externa.

1.1.8. Influencias biológicas en los tipos de personalidad

Según Balarezo (2010) en las personalidades afectivas predomina la extraversión y la amabilidad; en la personalidad histriónica se mantiene como constante la extraversión puesto que necesita estimulación externa fuerte y permanente para que se active su sistema reticular ascendente y pueda funcionar socialmente alegre, arriesgada, activa, impulsiva, optimista y

amistosa; en las ciclotímicas en cambio pueden presentarse estas manifestaciones extrovertidas cuando están en el polo alto pero también fluctúan con períodos de introversión en los que se muestran pasivos, reservados, pesimistas, temerosos y ansiosos.

“El nivel de control frontal está disminuido, siendo que las personalidades histriónicas tendrían un funcionamiento mayor del lóbulo parietal debido a que éste se encarga de percibir las sensaciones corporales externas e internas activadas mediante los órganos sensoriales. En el caso del ciclótímico un mayor funcionamiento parietal se evidenciaría únicamente al encontrarse con el ánimo positivo” (Balarezo, 2010, p.103).

Se menciona además que hay mayor propensión a heredar las características ciclotímicas que las histriónicas, lo cual tiene fundamento en investigaciones realizadas en Estados Unidos referidas al trastorno bipolar, encontrando que el mismo es heredable en un 80% y que además tiene como base una personalidad ciclotímica. Con respecto al género se presentan mayormente en mujeres las personalidades histriónicas y ciclotímicas.

Las personalidades cognitivas

Se caracterizan por el predominio de los mecanismos de introversión, apertura a la experiencia, consciencialismo. Existe prevalencia del funcionamiento de las regiones frontales, es por ello que son reflexivos, organizados, esquemáticos.

En relación a la propuesta de Eysenk se diría que las personalidades paranoides denotan un nivel mayor de actividad que los anancásticos.

Las personas con rasgos paranoides son propensas a la acción, terquedad, individualismo, constancia, emprendimiento, pero también son suspicaces, rencorosos y ambiciosos; en cambio sujetos con rasgos anancásticos son menos activos, más calmados y conciliadores sin embargo pueden llegar a mostrarse muy obstinados, ansiosos, inflexibles en ciertos temas que consideren importantes. Con respecto al género tanto los anancásticos y paranoides se presenta mayormente en varones.

Las personalidades comportamentales

“Están más asociadas con características de extroversión, emocionalidad alta, neuroticismo y psicotismo altos, carencia de procesos inhibitorios frontales. En las personalidades inestables se evidencia un nivel mayor de neuroticismo mientras que en las antisociales prevalece el componente de psicotismo” (Balarezo, 2010, p.103).

Isabel Menéndez (2004) explica que la madurez de los lóbulos frontales, es lo que hace que se puedan controlar los impulsos. Y si como explica la cita anterior en las personalidades comportamentales existe carencia de procesos

inhibitorios frontales es fácil comprender porque estas personas tienden a ser más impulsivos y violentos en ciertas ocasiones.

Balarezo explica que la violencia física e impulsiva, y la agresión a las personas, características propias del antisocial, se relacionan con niveles muy bajos de serotonina, lo cual puede inducir al suicidio o pensamientos violentos, además de lesiones en una parte del lóbulo frontal.

En el caso del inestable en investigaciones se ha encontrado irregularidades en algunos neurotransmisores en especial la serotonina. También se indica que existe mayor incidencia en mujeres de presentar rasgos de personalidad inestable, mientras que es más común características antisociales en varones.

Las personalidades con déficit relacional

Se caracterizan por ser introvertidos, y presentan inhibiciones mayores en sus regiones frontales. Las personalidades evitativas y dependientes presentan rasgos ansiosos genéticos y en los esquizoides así como en los esquizotípicos se evidencia correlación con trastornos esquizofrénicos. Con respecto al género se establecen diferencias ya que es más común la personalidad esquizoide en hombres, mientras que la dependiente en mujeres y la evitativa se presenta en ambos géneros.

En base a lo expuesto se puede decir que un déficit a nivel orgánico ocasiona algunos problemas en la conducta de las personas. Ya se ha insistido en que el hombre es un ser integral bio-psico-social al que se debe considerar desde todos los factores que lo componen, pues descuidar uno de éstos conlleva dificultades que impiden la realización de un buen manejo profesional.

Este enfoque global permite investigar la vida de un sujeto tomando en cuenta sucesos importantes que pudieron haber afectado su comportamiento; por ejemplo si existieron dificultades en el parto probablemente esa persona pudo haber sufrido un daño cerebral en la parte frontal que altere su personalidad y se comporte agresivamente, si se obvia esto en la historia clínica se darán diagnósticos incorrectos que afectarán tanto a los pacientes como a los familiares.

1.1.9. Tipos de personalidad frente a trastornos de personalidad

“El estilo de personalidad es nuestra manera de ser, el modo de hacer frente a los retos de la vida. La mayoría de los estilos poseen cierto grado de flexibilidad que permite enfrentarse a los escollos del camino. De este modo, las personas pueden adaptarse al cambio lo cual hace posible una gran cantidad de experiencias” (Oldham John y Morris Lois, 1995, p.17)

Es importante diferenciar al tipo o estilo de personalidad del trastorno; ya se ha visto que la personalidad es una estructura integrada por varios factores que establecen en el ser humano un modo de percibir, pensar, sentir y actuar y que la misma puede ir cambiando con el tiempo debido a diversas circunstancias. En el caso de un trastorno de personalidad los sujetos no son flexibles al cambio, es decir se aferran a su manera de ser pese a que sus conductas generen malestar tanto a ellos mismos como a los demás que los rodean.

Oldham (1995) indica *"hay personas que viven encerradas en moldes rígidos e inflexibles que son trastornos de la personalidad y eso les lleva a tener experiencias traumáticas, aburridas, huecas, tristes, o disociativas durante toda la vida"* (p.17). A partir de esto se puede establecer que la principal característica de un trastorno de personalidad es la rigidez, severidad, e inflexibilidad en el comportamiento, son renuentes a cambiar pese al sufrimiento que se estén generando.

Balarezo (2010) por su parte menciona: *"una personalidad ajustada, es aquella que teniendo un estilo tipológico determinado se desenvuelve en sus diferentes medios sin generar ni generarse experiencias de sufrimiento. Cuando aparece esta noción, es decir, sufre de alteraciones o hace sufrir a otros, adquiere el significado de trastorno de personalidad"* (p. 85).

Ejemplificándolo; una madre que exige a su hijo de cuatro años orden, aseo, organización en todo lo que realiza, esperando que actúe como un adulto. En una tarea escolar espera perfección, lo que implica no borrar, no tachar, no equivocarse, y arranca las hojas indiscriminadamente hasta alcanzar la excelencia que ella quiere. El niño llorará, se angustiará, sufrirá y la madre no cederá por su inflexibilidad y rigidez pues exige a los demás lo que se exige a sí misma y por lo tanto cree que es correcto su proceder.

Buscando más criterios sobre el tema se encontró a Miller y Escovar (1996) citados en una obra de Caballo (2004) un autor que ha realizado estudios sobre trastornos de personalidad. Ellos coinciden con lo expuesto en líneas anteriores, señalan que los individuos *“poseen un tipo de personalidad normal, sana, cuando manifiestan la capacidad para afrontar el ambiente de un modo flexible y cuando sus percepciones y conductas típicas fomentan el aumento de la satisfacción personal”*. (p.31)

Añaden además que cuando los sujetos responden a los compromisos diarios de forma inflexible o cuando sus percepciones y conductas dan como consecuencia un malestar personal o una reducción de las oportunidades para aprender y crecer, entonces se habla de un patrón patológico o desadaptativo.

Para dejar más entendible la diferencia entre tipos y trastornos de personalidad se expondrán las características básicas de éste último:

- a. Está profundamente enraizado y es de naturaleza inflexible
- b. Es desadaptativo, especialmente en contextos interpersonales
- c. Es relativamente estable a lo largo del tiempo
- d. Deteriora de forma significativa la capacidad de la persona para funcionar
- e. Produce malestar en el entorno de la persona (Caballo, 2004,p.31)

(El DSM IV TR, 2001, p.769) define varios criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad:

- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto.

Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. Cognición: referente a formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos.
2. Afectividad se menciona la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional
3. Actividad interpersonal
4. Control de los impulsos

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia como drogas, ni a una enfermedad médica como traumatismo craneal.

Después de todo lo expuesto se puede apreciar claramente que existe unanimidad de criterios en los autores citados con respecto a las diferencias entre trastornos y tipos de personalidad; ya que lo patológico ocasiona inflexibilidad, sufrimiento, malestar tanto al sujeto que padece de un trastorno como a las personas que lo rodean.

1.2. PACIENTES ONCOLÓGICOS CON TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO (ANSIEDAD Y ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO)

Para poder entender al paciente oncológico es fundamental previamente conocer algunos conceptos que se citan a continuación:

1.2.1. Perspectiva histórica de la oncología clínica

El término oncología se deriva del griego onkos que significa masa o tumor y logos que quiere decir estudio. Por lo tanto la oncología es una especialidad médica que estudia lo referido a tumoraciones malignas o benignas, teniendo objetivos claros y generales referidos a curar al paciente, aumentar la supervivencia, mejorar la calidad de vida, aliviar síntomas.

“El conocimiento de la enfermedad neoplásica se remonta a los inicios de la misma historia de la medicina. En el antiguo Egipto se conocían los tumores, en el papiro de Ebers (1500 años a. C.) ya se citan ciertos tumores ulcerados y antes, en el papiro de Edwin Smith de la dinastía Media (1600 a.C.), se recogen las primeras discusiones conocidas sobre el tratamiento quirúrgico de los tumores”. (González M, Ordoñez A, entre otros, 1992, p.5)

Se explica además que inclusive se han encontrado tumores óseos en fémur y húmero en momias de la quinta dinastía, sin embargo fue Hipócrates (460-370 a. C.) quien describió el cáncer, al cual lo definió como una enfermedad grave atribuyéndolo a la bilis negra producida por el bazo y el estómago. Varios años después Galeno coincide con Hipócrates sobre el origen del cáncer enfatizando que se debe al exceso de bilis negra.

A pesar de los aportes dados por los investigadores antes nombrados, se empezaron a realizar estudios sobre el tema y es en el siglo pasado cuando se puede decir que comienzan a sentarse las bases de una ciencia en torno al cáncer, es así que en el año de 1880 un doctor famoso Mac Dowell extrajo un tumor ovárico logrando la supervivencia de la paciente por 30 años.

Esta fue la primera operación de este tipo que realizó el médico, inaugurando de esta forma la cirugía oncológica, beneficiando a personas que padecían esta enfermedad y brindando así, un mejor pronóstico. A partir de ahí con el pasar del tiempo la cirugía de este tipo avanzó indiscutiblemente gracias a investigaciones, estudios, y aportes de médicos, científicos, y sucesos que determinaron definitivamente su desarrollo.

Según lo expuesto en líneas anteriores entendemos que el cáncer es una enfermedad que existe desde siglos pasados, y que personajes como Hipócrates y Galeno se dedicaron a investigar su origen, sin embargo estudios

posteriores redefinen las causas de este mal, y se empiezan a indagar tratamientos para combatirlo, es así que la cirugía comenzó a ser una buena opción y que por cierto se la utiliza hasta el día de hoy en las personas que son diagnosticadas con esta enfermedad.

1.2.1.1. La célula en su estado normal

“La célula es la unidad básica estructural y funcional de todos los seres vivos. En el cuerpo humano adulto se encuentran alrededor de 60.000 billones de células y, aunque existen muchos tipos diferentes, todas poseen ciertas características comunes”. (Otto, 1999, p.3)

Entre las características comunes que poseen las células tenemos: necesitan nutrirse para mantener la vida, utilizan casi los mismos nutrientes, emplean oxígeno el mismo que se combina con los lípidos, las proteínas, los carbohidratos para liberar la energía necesaria para el funcionamiento. La mayoría de las células pueden reproducirse y cada vez que se destruyen algunas de ellas, otras del mismo tipo se reproducen hasta volver a alcanzar el número correcto.

Esta regeneración celular se rige por un sistema de control que se interrumpe cuando se corrigen la pérdida o el daño, en el caso del cáncer o también llamado tumoración maligna existe una multiplicación de las células las cuales

“Los cuatro patrones comunes de crecimiento no neoplásico son hipertrofia, hiperplasia, metaplasia y displasia”. (Otto, 1999, p.3)

Según Otto (1999) estos patrones pueden provocar variaciones en las células; por ejemplo en el aumento del tamaño de las mismas a lo cual se denomina hipertrofia. Cuando existe un aumento del tamaño de un órgano llamamos a este hipertrofiado, ya que su crecimiento se debe al aumento correlativo en el tamaño de las células que lo forman; una persona que practica algún deporte puede experimentar una hipertrofia.

El ejercicio puede implicar que el músculo cardíaco aumente su tamaño debido a estar sometido a una sobrecarga de trabajo; la hipertrofia también puede estar relacionada directamente con la pérdida funcional de otro tejido: en el caso de una fractura en el brazo derecho este se inmoviliza, por lo que el izquierdo adquiere mayor movimiento y fuerza desarrollando musculatura.

La hiperplasia es el aumento del número de células de la misma forma, por lo que se evidenciará aumento de tamaño de un órgano o tejido, se explica que se presenta como respuesta fisiológica normal durante períodos de crecimiento y desarrollos rápidos como en el embarazo, lactancia o la adolescencia, sólo es anormal cuando el volumen celular producido exagera la demanda fisiológica normal.

“La metaplasia ocurre debido a inflamaciones, escasez de vitaminas, irritación y diversos agentes químicos, esto es cuando una célula adulta es reemplazada por otra que rara vez se encuentra en el tejido afectado”. (Otto, 1999, p.3)

Parfraseando la cita anterior; el cuello uterino constituye una zona común de cambios metaplásicos; por ejemplo tenemos al endocervix y al exocervix, puede ocurrir que en éste último empiecen aparecer células del endocervix.

En términos más simples: en un tejido aparece una célula de otro tejido, a esto se refiere cuando se explica que una célula adulta normal que muere es reemplazada por otra nueva que aparece pero de distinta forma. Si el estímulo que está causando problema se retira el proceso es reversible de lo contrario se puede dar lugar a una displasia.

“La displasia se caracteriza por alteraciones en las células adultas sanas, que dan lugar a una variación en el tamaño, la forma o la organización normales, o cuando se reemplaza un tipo de célula madura por otro en una etapa inferior de maduración”. (Otto, 1999, p.3)

Es decir hay una anormalidad en el aspecto de las células debido a los cambios en el proceso de la maduración de las mismas; el estímulo común que crea una displasia por lo general es externo, ejemplos: radiación, inflamación,

químicos tóxicos, irritación crónica, una displasia puede ser reversible si se retira el estímulo, de lo contrario puede dar origen a formaciones neoplásicas.

1.2.2. Patrones de crecimiento neoplásico

Existen neoplasias benignas y malignas, lo maligno se encuentra relacionado con la anaplasia que significa sin forma, aquí las células se encuentran poco diferenciadas o indiferenciadas; esto es un signo distintivo del cáncer. *“Las células anaplásicas pierden la capacidad para realizar funciones especializadas y se desorganizan en cuanto a su posición y su citología” (Otto, 1999, p.3).* Citología se refiere a las estructuras, propiedades, funciones de las células.

1.2.2.1. Definición del cáncer

“El término neoplasia significa crecimiento nuevo, y describe una masa tisular anormal que se extiende más allá de las fronteras del tejido sano, y por ende no cumple la función normal de las células en dicho tejido, las neoplasias se caracterizan por funcionamiento descontrolado, falta de regulación en la división y el crecimiento, además se las conoce como neoplasias benignas o malignas, cáncer es el término común para todas las neoplasias malignas”. (Otto, 1999, p.5)

Según lo expuesto en la cita anterior, la multiplicación anormal de las células no siempre indica la presencia de cáncer puesto que éstas pueden formar tumores, pero mediante estudios deben determinarse si son benignos o malignos, después de haber realizado el examen histopatológico correspondiente y si el resultado arroja positivo para malignidad entonces el médico explicará al paciente que tiene cáncer y debe someterse al tratamiento correspondiente.

1.2.2.2. Características de las células cancerosas

Para comprobar que un tumor sea maligno se deben realizar exámenes que permitan estudiar a las células que lo componen; al realizar la biopsia gracias al examen microscópico se procede a investigar a las células y cuando son cancerosas se detectan ciertos cambios, entre ellos tenemos: las células cancerosas son de distintas formas y tamaños es así que algunas son muy grandes y otras extremadamente pequeñas tanto que el microscopio casi no las detecta, el núcleo es más grande y su forma varía, presentan cantidades anormales de cromosomas.

Otras características que indican células cancerosas:

Presentan una pérdida del control de la proliferación; se menciona que todas las células cancerosas presentan esta característica. *“La necesidad de*

renovación o reemplazo celular es el estímulo usual para que las células se multipliquen. La producción celular se detiene cuando desaparece el estímulo, lo que da lugar a un equilibrio entre la producción y la pérdida celular". (Otto, 1999, p.5)

Por ejemplo cuando una persona tiene un lastimado es parte normal del proceso que las células se multipliquen para que el mismo vaya cicatrizando y por lo tanto sanando pero este proceso va a detenerse cuando el tejido se haya regenerado. Como se describe en líneas anteriores cuando existe un equilibrio entre la producción y pérdida celular muchas células mueren así como nacen, sin embargo en el cáncer se desencadena una proliferación exagerada de células por lo que las mismas crecen de manera continua y sin control.

Se explica además que en el cáncer hay células que han perdido la capacidad de realizar funciones específicas; ésta pérdida de las características de las células normales se llama anaplasia o también conocida como desdiferenciación.

Hay células cancerosas que se parecen bastante a las células normales pero originan tumores de crecimiento lento que por lo general se explica están encapsulados es decir no han invadido a otros órganos, por lo que existe un mejor pronóstico; a esta células se las conoce como bien diferenciadas. Por el contrario las que crecen de forma rápida y no poseen las funciones celulares

especializadas del tejido original se llaman indiferenciadas y son más complicadas es por ello que se considera a una célula maligna más peligrosa cuando más indiferenciada es.

La capacidad para hacer metástasis es otra de las características de las células cancerosas; hay una expansión de estas células desde el lugar de origen hasta otros lugares secundarios y distantes. Ejemplificando se diría: un paciente presenta un tumor maligno en la rodilla y en los chequeos médicos se observa tos constante en la persona, por lo que se le realiza una valoración y mediante tomografías se detectan masas en los pulmones; lo que ha ocurrido es que el tumor primario que era en la rodilla debido a una metástasis, se ha expandido a los pulmones y probablemente a otros órganos.

1.2.2.3. Causas y tipos de cáncer

Otto 1999 explica que las distintas neoplasias pueden originarse por diversas causas entre ellas: exposición constante a carcinógenos que alteran las propiedades de las células, régimen alimentario inadecuado, consumo excesivo de alcohol y tabaco, contaminación del líquido vital con metales pesados como cadmio, plomo entre otros.

“Los investigadores médicos han identificado cerca de 200 tipos diferentes de cáncer en cada uno de los cuales las células cancerosas presentan

alteraciones en su morfología y su bioquímica en comparación con las normales.” (Otto, 1999, p.7)

A pesar de que existen características particulares que permiten identificar neoplasias malignas, cada tipo de cáncer posee su complejidad dependiendo del órgano afectado. Oncólogos clínicos que laboran en el Hospital Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato explican que a pesar de que el cáncer es una enfermedad considerada como catastrófica debido al deterioro que el paciente sufre a lo largo del tratamiento existen pronósticos favorables dependiendo de la fase en la que se encuentren así como del tipo de cáncer.

Por ejemplo el cáncer de tiroides es uno de los menos agresivos y con mejor pronóstico, ya que incluso los tratamientos tienden a ser más inofensivos; entre estos se menciona a la yodo terapia la cual se usa en fases iniciales y es considerada más suave que la quimioterapia.

En la cita anterior se menciona que se han encontrado doscientos tipos de este mal; por lo cual varios científicos norteamericanos afirman: “*existe cáncer a todo*” y esto debido a que el ser humano está expuesto a una infinidad de carcinógenos: entendiendo a los mismos como agentes químicos, biológicos, o físicos capaces de cambiar de forma permanente, directa e irreversible la estructura de una célula.

A continuación se exponen los diferentes tipos de cáncer más comunes en nuestro medio:

- A nivel de mama
 - Cáncer de mama derecha
 - Cáncer de mama izquierda

- A nivel colorrectal
 - Cáncer de colon
 - Cáncer de recto

- A nivel gastrointestinal:
 - Cáncer de esófago
 - Cáncer de estómago
 - Cáncer de hígado
 - Cáncer de la vesícula biliar
 - Cáncer de páncreas
 - Cáncer de intestino delgado

- A nivel genitourinario:
 - Cáncer de próstata
 - Cáncer testicular
 - Cáncer de células renales

- Cáncer de pene
- Cáncer de la vejiga
- A nivel ginecológico:
 - Cáncer cervical
 - Cáncer de endometrio
 - Cáncer ovárico
 - Cáncer vaginal
 - Cáncer de las trompas de Falopio
 - Cáncer del cuello uterino
- Cáncer cerebral
- Cáncer de tiroides
- Cáncer pulmonar
- Cáncer de piel
- Cáncer de huesos
- Linfomas
 - Linfoma no Hodking
 - Linfoma de Hodking
- Leucemia

1.2.3. Fases del cáncer

Es importante mencionar las fases del cáncer ya que los oncólogos clínicos explican que detectando la enfermedad en estadios tempranos existe un mejor pronóstico. El artículo web del Instituto Mexicano de seguridad social expone las siguientes fases:

- En la etapa cero: el cáncer se encuentra en las primeras fases de desarrollo; es decir está concentrado en un área específica, en ocasiones no lo se detecta. Por ejemplo en el cáncer de seno, inicialmente los nódulos son pequeñísimos y es por ello que incluso puede no ser detectado en la mamografía la cual descarta tumoraciones, y más bien con el tiempo y el crecimiento del nódulo este es palpado por la paciente o el médico.
- En la etapa uno: las células cancerígenas se han expandido a otras áreas cercanas sin embargo sigue permaneciendo concentrado dentro del tejido u órgano de origen.
- En la etapa dos: el cáncer se ha extendido a otros tejidos u órganos cercanos; pero algo importante aún no ha atacado nodos de linfa, por lo que existe un mejor pronóstico.

- En la etapa tres: las células malignas han atacado nodos de linfa cercanos pero aún no ha afectado otras áreas del cuerpo.
- En la etapa cuatro: se torna complicada ya que el cáncer ha avanzado y está atacando áreas más distantes del cuerpo así como a órganos lejanos del punto de origen.
- La etapa recurrente se refiere cuando el cáncer se vuelve a desarrollar después del tratamiento, por ejemplo en el caso de un paciente a quien le han intervenido quirúrgicamente, se le ha dado quimioterapia, radioterapia y el tumor a pesar de disolverse crece y en ocasiones con más fuerza.

1.2.4. Definición, características y tipos de pacientes oncológicos:

1.2.4.1. Definición:

Después de haber definido el término oncología es fácil comprender que el paciente oncológico es aquel que padece algún tipo de tumoración maligna.

1.2.4.2. Características del paciente oncológico:

La enfermedad cancerosa provoca un deterioro físico y psicológico en el enfermo.

a) Deterioro físico:

Puede darse por la propia evolución de la enfermedad o ser efecto del tratamiento aplicado, con frecuencia se debe a las dos cosas. *“La mayor parte de los síndromes cancerosos se caracterizan por una progresiva pérdida de peso sin razón aparente, cansancio, falta de apetito, insomnio y disfunciones orgánicas localizadas en la zona del desarrollo del cáncer.”* (Gallar M, 2006, p.233)

El término disfunción implica un proceso continuo y dinámico en la pérdida de la función de un órgano lo cual puede provocar la enfermedad en sí; el cáncer de garganta por ejemplo puede imposibilitar paulatinamente la capacidad para comer.

Como se expuso en líneas anteriores el paciente oncológico presenta varios síntomas propios de esta enfermedad que le generan sufrimiento y desesperación sin embargo se considera que el más relevante de los trastornos es el dolor físico que producen algunos tipos de cáncer, por lo que el

tratamiento analgésico resulta esencial para aliviar el deterioro físico y psicológico.

Los pacientes por lo general a pesar de padecer su enfermedad y estar conscientes de lo que deben enfrentar pueden irse adaptando al nuevo estilo de vida que implica el tratamiento de un cáncer; sin embargo esto no quiere decir que estén libres de sufrir recaídas en las que se sientan fastidiados, enojados, tristes, ansiosos debido a la intensidad del dolor que pueden llegar a sentir en una parte de su cuerpo desencadenándose una crisis que implica llanto, desesperación, angustia.

Precisamente para evitar este tipo de situaciones se enfatiza la necesidad de administrar analgésicos a los pacientes tomando en cuenta que a pesar de las circunstancias de salud que se encuentran atravesando al menos el sentirse bien físicamente ayudará que psicológicamente la persona no se derrumbe. *“No tiene sentido la actitud que algunos pacientes adoptan de aguantar el dolor como si se tratara de una penitencia o una necesidad biológica para afrontar la enfermedad basada en falsas creencias”.* (Gallar, 2006, p.234).

Efectos secundarios del tratamiento:

Otras causas del deterioro físico se deben a las consecuencias de los tratamientos aplicados para combatir las células cancerosas entre estos tenemos: la cirugía, quimioterapia, radioterapia.

Cirugía: La cual a pesar de que en algunos casos puede ser curativa en otros no y es más paliativa es decir para atenuar el dolor; en muchas ocasiones el médico a través de la cirugía procede a amputar un miembro del cuerpo o a extirpar uno o dos senos dependiendo de la gravedad del cáncer. Esto podría tener un gran impacto psicológico que se sumara al de la propia enfermedad si además la misma no se ha erradicado.

Quimioterapia: *“Consiste en la administración de medicamentos que actúan en contra de las células cancerosas, también se denominan fármacos antineoplásicos, o anticancerosos.”* (Gallar, 2006, p.234). A pesar de que estos combatan específicamente a las tumoraciones malignas en ocasiones es inevitable que la medicación resulte tóxica para las células normales por lo que suelen causar varios efectos secundarios entre los más comunes tenemos: alopecia, náusea, vómito, insomnio, impotencia, fiebre.

Radioterapia: *“Consiste en la aplicación de radiaciones sobre el tejido tumoral con la finalidad de provocar la muerte de sus células”* (Gallar, 2006, p.234). Aquí los efectos secundarios dependen del área que haya recibido irradiación así como del tiempo que se ha dado la misma, pues a veces es inevitable que se ocasionen daños a las células sanas provocando inflamaciones, muerte celular, o inclusive la transformación de estas células en cancerosas.

b) Deterioro psicológico:

“El hecho de saber que se padece un cáncer supone un enorme estrés psíquico que se va a manifestar en forma de síndrome de ansiedad y/o depresión”. (Gallar, 2006, p.234).

Un sujeto que acude a un control médico por alguna molestia que presenta y después de realizarse exámenes que orienten a un diagnóstico puede presentar estrés aún sin saber exactamente lo que tiene debido a que se enfrenta a una serie de eventos que provocan incertidumbre, más aún, al confirmarse la noticia de un cáncer a la persona se le podría cronificar su estrés inicial.

La principal causa del estrés es la idea de una muerte próxima; otra es la incertidumbre que se tiene sobre varios aspectos de la enfermedad tumoral: el diagnóstico preciso, los tratamientos que deban llevarse a cabo, el pronóstico.

Resulta extraordinariamente estresante la falta de control a nivel personal y a nivel social. Personal ya que el paciente no es capaz de controlar el buen funcionamiento de su organismo pues no depende de él, por lo que forzosamente necesita la ayuda de un equipo médico; y social porque en muchos casos la enfermedad le obliga a abandonar o modificar el rol que

desempeña en su familia o en su trabajo impidiéndole por tal el control sobre estos ámbitos.

Algo importante que se debe mencionar es que el propio deterioro físico es un factor muy estresante, sobre todo el derivado de los efectos secundarios del tratamiento recibido, especialmente el dolor y la invalidez ya que dependiendo de cada caso en ocasiones luego de una quimioterapia la persona empieza con dolores del cuerpo o vómitos por lo que se siente incómodo y molesto requiriendo la ayuda de su familia para que lo atiendan.

En ocasiones esto también puede ser estresante para el sujeto pues llegan a sentir que son inútiles y dependen de los demás; para atenuar este sentimiento sus seres queridos deberían recordarle que es gratificante ayudarlo en lo que necesite.

Ansiedad y depresión como consecuencia del estrés

“Parece estar cada vez más claro que las consecuencias del estrés (sobre todo la ansiedad) podrían condicionar una mala respuesta de nuestro organismo contra el cáncer”. (Gallar, 2006, p.235).

Es cierto que ante circunstancias difíciles algunas personas al principio tienden a desesperarse y a angustiarse, pero al pasar los días van asimilando las cosas de tal forma que empiezan a tranquilizarse; otras por el contrario a

medida que el tiempo transcurre van estresándose cada vez más y como consecuencia vienen la ansiedad y depresión por lo que todo se complica y no pueden enfrentar positivamente la situación.

Algunos autores (Matthews-Simonton 2003) han llegado a concluir que la ansiedad induce un mal funcionamiento del sistema inmunitario, principal arma contra el cáncer, favoreciendo así su desarrollo. Otros autores como Llor y Cols 2004 explican que el estrés podría acelerar el crecimiento y avance del cáncer.

De todo esto se deduce que un paciente oncológico sin niveles intensos de estrés podría afrontar de mejor manera su enfermedad psíquica y físicamente, por lo que el apoyo y orientación de un profesional del campo de la salud mental es vital.

Cuando la persona está consciente de su tumor maligno suelen aparecer síntomas que indican rasgos depresivos, éstos se presentan sobre todo en tres momentos: al conocer su diagnóstico, cuando sufre recaídas, y al sufrir los desagradables efectos secundarios del tratamiento. Las ideas suicidas por lo general pueden manifestarse cuando el paciente tiene un trastorno depresivo mayor debido a las circunstancias en las que se encuentra debido a su enfermedad y al dolor severo que la misma puede generar.

c) Impacto y afrontamiento de la enfermedad cancerosa

“En el caso del cáncer hay algunos tipos de reacciones iniciales muy frecuentes que se producen tras el conocimiento del diagnóstico por parte del paciente y su familia. Estas reacciones no son sino mecanismos de compensación para disminuir el estrés”. (Gallar, 2006, p.237).

Entre las reacciones iniciales más frecuentes Gallar menciona:

- Negación: El paciente no cree el diagnóstico; prefiere pensar que probablemente hubo algún error en el mismo, que se confundieron; inclusive llegan a dudar de la labor médica o de la fiabilidad de las pruebas realizadas acudiendo en ocasiones a otro centro para que se le realicen nuevos exámenes.
- Evitación: Trata de evadir hablar temas relacionados a su enfermedad; en ocasiones el paciente llega al punto de no pronunciar la palabra cáncer. A la familia puede sucederle lo mismo en el caso de que sea casado especialmente al cónyuge del enfermo.
- Distorsión: La persona distorsiona el diagnóstico; es decir trata de convencerse de que lo que padece no es un cáncer sino otra enfermedad, expresan frases como: “es un cáncer benigno” “es un tumor maligno pero no

cáncer". Esta percepción de la realidad se produce con frecuencia cuando el paciente o sus familiares no quieren conocer la verdad, aunque la sospechen.

➤ Comparación positiva: *"Se trata de la razonable actitud de pensar con cierto optimismo, intentando conocer o recordar casos similares que se curaron"* (Gallar, 2006, p.237). La familia por lo general recurre a esta postura y el paciente lo necesita.

➤ Búsqueda de información: Hay que tomar en cuenta lo descrito en páginas anteriores: *"uno de los factores más ansiógenos de la enfermedad es la incertidumbre"* (Gallar, 2006, p.237). Mucha gente recurre a buscar información que le ayuda a entender su enfermedad; al inicio se desconocen muchas cosas que son convenientes saber para poder tranquilizarse: el tipo de cáncer, la fase en la que estén, las posibilidades de tratamiento, cómo se administran y cuáles son sus efectos.

Estas reacciones se producen por lo general acompañadas de ansiedad que podría dar paso a una depresión si no es controlada a tiempo. En el caso de algunos pacientes a los que los médicos les explican que su cáncer está avanzado y el tratamiento es de carácter paliativo podrían caer en una profunda depresión. *"El paciente puede aceptar su situación, aunque es raro que superen la depresión si se descarta toda posibilidad de curación; por eso*

muchas veces se hace necesario tratarlos con antidepresivos y ansiolíticos” (Gallar, 2006, p.237).

Es importante señalar que se debe tener en cuenta que no todas las personas afectadas de cáncer reaccionan de la misma manera ante él. Hay una serie de condiciones que determinan la forma en la que una persona se va a enfrentar a la enfermedad: *“el nivel socio-económico, la formación intelectual, la edad, el nivel de responsabilidad social y familiar, el deterioro físico producido por la enfermedad y el tipo de personalidad”*. (Gallar, 2006, p.237).

A ésta última se le da una especial atención ya que la misma determina una serie de factores que pueden beneficiar o complicar la manera de enfrentar la enfermedad; en el caso de una personalidad ansiosa esta tiende a magnificar las cosas provocando mayor estrés.

1.2.4.3. Tipos de pacientes oncológicos

En el Hospital Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato (SOLCA) se menciona a dos tipos de pacientes:

- Pacientes Ambulatorios:

Quienes no permanecen en el hospital por días, semanas, o incluso meses. En el caso de tener que realizarse quimioterapia acuden al chequeo médico cada tres semanas para ser evaluados y se constate que están en condiciones de recibir el tratamiento; si esto es posible reciben el tratamiento correspondiente y una vez concluido, si no presentan inconvenientes, pueden retirarse a su casa. Comúnmente el proceso dura entre seis u ocho horas continuas; en el caso de la radioterapia se la administra únicamente en SOLCA-Quito.

Posterior a la evaluación de cada caso el oncólogo clínico es el médico que determina si pueden ser pacientes ambulatorios o no; esto depende sobre todo de cómo la persona va respondiendo al tratamiento. Hay pacientes que solicitan recibir la quimioterapia de forma ambulatoria pues pese a la enfermedad siguen laborando y realizando sus actividades rutinarias normalmente. Frecuentemente este tipo de pacientes son personas jóvenes en fases iniciales del cáncer.

Hay médicos que toman en cuenta las reacciones de sus pacientes al ir al hospital; preguntando cómo se sentían en casa, si estaban estables, tranquilos, optimistas. Si es el ambiente hospitalario el que los hace vulnerables y por tal comienzan a sentirse nerviosos, temerosos, irritables; se basan en esto para tener a la persona lo estrictamente necesario en el hospital.

- Pacientes de hospitalización

Personas que se encuentran en fases avanzadas de cáncer, requieren tratamiento más largo y estricto, permanecen constantemente en chequeos, exámenes médicos y valoraciones para detectar algún cambio desfavorable.

Entendemos que existen varios factores que pueden contribuir al cambio comportamental y emocional de los pacientes oncológicos, ya que a partir de la noticia empieza un nuevo ritmo de vida en el que se incluyen tratamientos, cirugías, régimen alimentario estricto, mayor cuidado y efectos secundarios a las quimioterapias, radioterapias, y medicamentos.

Todo esto puede provocar conflictos, lo cual les impide adaptarse a la situación actual, demostrando un malestar exagerado ante el factor estresante que incluso puede agudizarse y convertirse en un problema en el curso de la enfermedad.

Por lo expuesto en líneas anteriores, varias investigaciones explican la importancia de que el paciente oncológico sea evaluado psicológicamente, y se trabaje con el mismo brindando psicoterapia de apoyo, por lo tanto se resalta el trabajo de este profesional en el campo médico, otorgando a su labor una gran responsabilidad.

Por lo general este tipo de pacientes se podría mostrar en ocasiones indiferente a la terapia o entrevista psicológica, puesto que desconoce la influencia del psiquis en el soma tomando en cuenta únicamente a lo orgánico como lo fundamental, es así que se piensa que el cáncer o cualquier otra enfermedad grave puede causar depresión, pero que el estado de ánimo del paciente no contribuye al origen, ni al desarrollo de células cancerígenas.

Dependiendo de varios factores como la personalidad, situación económica, entorno en el que se desenvuelve así como la calidad de las relaciones que maneje con los demás la persona que recibe un diagnóstico de cáncer en primera instancia puede entrar en crisis debido al impacto de la noticia; y si la misma representa un peligro extremo para el sujeto puede verse estresado y caer en un trastorno adaptativo debido a no poder asimilar su realidad.

1.3. Crisis

1.3.1. Definición:

“Una crisis es un estado temporal de desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas,

y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”.
(Slaikeu, 1996, p.16)

1.3.2. Raíces semánticas de la crisis

El término chino de crisis (weiji) hace referencia a dos caracteres que significan peligro y oportunidad, es decir a pesar de que se viva una circunstancia inesperada y difícil se puede sacar provecho de la vivencia dando lugar a un aprendizaje para el individuo. En griego la crisis es a la vez decisión, discernimiento, un momento fundamental durante el cual se podrán generar cambios para mejorar o empeorar.

A lo largo de la vida las personas pueden estar expuestas a diferentes circunstancias que pueden tornarse complicadas, pues no están preparadas para sobrellevar los cambios que se generen enfrentándose a una crisis que como vimos anteriormente puede tomar caminos opuestos ya sean positivos o negativos; ésta además puede provocar que una persona se estrese crónicamente lo cual puede resultar nocivo para su salud física y mental.

1.3.3. Antecedentes históricos de la crisis

Hace varios años atrás ocurrió una tragedia que dio origen a la moderna intervención en crisis gracias a los trabajos de Eric Lindemann y sus

colaboradores; resulta que tras el incendio de un centro nocturno en Boston en el año de 1942, el investigador mencionado desempeñó un papel activo ayudando a las personas hospitalizadas que sobrevivieron a la tragedia, ya que además la mayoría sufrió la pérdida de un ser querido pues el incendio consumió un edificio completo.

Su informe clínico sobre los síntomas psicológicos de aquellas personas fue fundamental para teorizaciones que se llevaron a cabo después sobre el duelo y sus etapas. Lindemann llegó a pensar que el clero y otros participantes podrían colaborar ayudando a la gente afligida durante el proceso de duelo para prevenir dificultades psicológicas posteriores, este concepto fue explotado por profesionales relacionados con el tema lo cual dio impulso para la creación de centros comunitarios de salud mental brindando terapia breve.

Los aportes dados por Lindemann sirvieron para que tiempo después Gerald Caplan realizara investigaciones sobre el tema, él fue el primero en concebir la consecuencia de las crisis vitales en la psicopatología de los adultos concluyendo que: *“un examen a la historia de pacientes psiquiátricos muestra que, durante ciertos periodos de crisis el individuo parece haber enfrentado sus problemas de manera desajustada y haber salido menos saludable de lo que había sido hasta antes de la crisis”*. (Caplan citado en una obra de Slaikeu, 1996, p.7)

Según lo expuesto en la cita anterior podemos inferir que un sujeto que enfrenta una serie de problemas y carece de recursos personales y sociales para sobrellevarlos podría volverse más vulnerable a su entorno, de modo que lo ocurrido en vez de forjarle un aprendizaje y una oportunidad para mejorar lo empeoren.

Debido a la acogida que tuvieron las conclusiones relacionadas a la teoría de la crisis de Caplan se incluyeron en la estructura de la psicología del desarrollo de Erikson en la que se expone sobre: como las personas deben crecer o desarrollarse a lo largo de una serie de transiciones; es decir cómo reaccionan ante crisis que deben enfrentarse las cuales pueden resultar positivas o negativas para ellos, jugando un papel importante los recursos personales y sociales que se tengan.

Según lo visto hasta aquí, se puede decir que el trabajo realizado por Caplan es preventivo, puesto que enfatiza la intervención temprana en las personas para así dar lugar a que la crisis sea un crecimiento positivo, disminuyendo el riesgo de un deterioro psicológico.

1.3.4. Sucesos precipitantes

A raíz del incendio que aconteció en Boston los investigadores comenzaron a reflexionar sobre la naturaleza de las crisis, por lo que se entendió a la misma

como algo precipitado o desbordado por algún suceso específico. Viney (1991) citado en una obra de Slaikeu (1996) expone algunos sucesos de la vida que tenían el potencial para precipitar una crisis:

- Embarazo y nacimiento de un niño
- Maternidad sin matrimonio
- La transición de la casa a la escuela
- Ir a la universidad
- Compromiso y matrimonio
- Cirugía y enfermedad
- Migración
- Jubilación
- Desastres naturales
- Cambios sociales y tecnológicos rápidos

Sin embargo es importante recalcar que aunque algunos sucesos son universalmente catastróficos, dolorosos, y que por lo tanto son capaces de precipitar una crisis por ejemplo una enfermedad compleja, la muerte de un ser querido, una violación, entre otras.

Hay otros sucesos que en sí no son dignos de proporcionar una crisis pero que sin embargo afectan considerablemente a una persona, como la muerte de una mascota, la venta de un auto, por lo que es necesario analizar tanto el

acontecimiento externo como lo que éste significa para el sujeto en el entorno de la historia de su desarrollo.

Nowak explica que: *“el impacto de un suceso particular depende de su oportunidad, intensidad, duración, continuación, y grado de interferencia con otros acontecimientos para el desarrollo”* (Nowak citado en una obra de Slaikeu 1996 p.17). Un principio esencial y básico de la teoría de la crisis es que el inicio de la misma se vincula a algún acontecimiento de la vida del sujeto.

1.3.5. La clave cognoscitiva

“Una perspectiva cognoscitiva de la crisis sugiere el cómo un individuo percibe el suceso que da lugar a la crisis, en especial cómo el suceso incide en la estructura existencial de la persona acerca de la vida, lo que hace que la situación sea crítica”. (Slaikeu, 1996, p.19)

Taplin es un autor que realizó investigaciones en la década de los setenta relacionadas al tema de la crisis, obteniendo aportaciones interesantes que permiten comprender mediante ejemplos académicos a una persona que atraviesa circunstancias complejas que precipitan la desorganización y desequilibrio de un sujeto; en la visión que este autor sugiere para entender lo que ocurre con una persona en crisis se realiza una analogía entre una computadora y los conocimientos de las personas y sus expectativas.

Una máquina está programada para recibir información, procesarla y trabajar coherentemente, sin embargo si la nueva información recibida por la computadora es al mismo tiempo completamente incompatible con el programa ya existente, o entra en grandes cantidades de manera que la máquina experimenta alguna forma de sobrecarga, como resultado tendremos un mal funcionamiento; lo mismo ocurriría con una persona a la que se le dé información que sea incompatible con su esquema cognitivo ya que no podría asimilar correctamente.

En el caso de un hombre que ame y confíe en su pareja y de pronto descubra que ella lo ha estado engañando con otro sujeto desde hace varios meses y que además desea dejarlo; la crisis para el esposo surgiría del conflicto entre la nueva información (mi esposa sostiene relaciones amorosas con otro y me ha engañado desde hace varios meses) y una estructura cognoscitiva existente, o ideales acerca de la vida y las personas (mi esposa me ama, es una dama que me ha sido fiel y lo seguirá siendo, ya que sobre esto se basa una relación).

En esta estructura cognoscitiva la circunstancia externa es amenazante ya que no es compatible con la comprensión que se tenía acerca de una relación, pues la base era la fidelidad, por lo que el sujeto entra en crisis.

Con respecto al ejemplo anterior es importante mencionar algo que se debe tener en cuenta ante una crisis, si el esposo tiene una autoimagen pobre tal vez

por conflictos pasados ya sean en su niñez, o por experiencias desagradables durante la adolescencia que dieron como resultado una formación de identidad negativa, la noticia de que su pareja le ha sido infiel adquiere gran intensidad.

En el centro de la crisis de este sujeto está el hecho de que lo ocurrido con su esposa libera recuerdos dolorosos y sentimientos inadecuados; ésta perspectiva es fundamental para comprender la naturaleza poderosa de la experiencia en crisis, puesto que nos permite entender la razón por la que algunos sucesos son tan catastróficos para una persona pero que a la vez pueden representar además de un peligro una oportunidad.

Por ejemplo, en el caso del individuo al que su esposa lo traicionó dependiendo de cómo elabore la experiencia, la crisis puede reafirmar su autoimagen negativa o convertirse en una buena oportunidad para enfrentar correctamente el pasado y reelaborar problemas de identidad y conflictos de imagen hacia nuevas direcciones que le permitan crecer y funcionar adecuadamente. La labor del psicólogo o profesional competente sería de gran ayuda en estos casos.

1.3.6. Desorganización y desequilibrio

Cuando la persona se encuentra en crisis se presentan varios aspectos que indican la presencia de la misma, es así que existe un trastorno emocional

grave o desequilibrio experimentado por el sujeto, dando lugar a sentimientos de tensión, ineficacia, y desamparo.

En el caso de un paciente que se entere que padece cáncer, la noticia podría ocasionar una crisis, ya que la información dada probablemente altere el equilibrio que hasta el momento tenía, tal vez porque a pesar de los síntomas que padecía, lo cual le motivaron a visitar a un profesional tenía esperanza de que los exámenes histopatológicos dieran resultados negativos para malignidad y por lo tanto se descartase el cáncer. Pero si lo confirman en ese momento el paciente atraviesa una desorganización ya que se derrumban planes, expectativas, esperanzas debido al diagnóstico.

Sin embargo como sabemos la crisis representa peligro y oportunidad, por lo que las personas pueden adaptarse a las circunstancias que deben enfrentar o caer en un trastorno debido a no poder asimilar la noticia, esto dependerá de otros factores como su personalidad, el apoyo familiar, social con el que cuenten así como de anteriores crisis a las que se hayan enfrentado, puesto que en ocasiones los seres humanos ante dificultades que atraviesan se fortalecen, aprenden y asimilan mejor sucesos que se presentan más adelante.

Halpern al realizar comparaciones entre personas que experimentaban acontecimientos desagradables y otras que no, definió los siguientes síntomas más significativos producto de la crisis: "*sentimientos de cansancio,*

agotamiento, desamparo, inadecuación, confusión, ansiedad, desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales, familiares, sociales". (Halpern citado en una obra de Slaikeu 1996, p.21)

Como indica la investigación de Halpern, el impacto, confusión, desequilibrio pueden afectar varios aspectos de la vida de una persona al mismo tiempo: sus pensamientos, sentimientos, comportamientos y como vemos las relaciones sociales, familiares, laborales, incluso el funcionamiento físico.

Producto de la desorganización del estado de crisis viene la vulnerabilidad y sugestión de la persona, o lo que también se conoce como reducción de defensas, preguntándose por qué le sucede, cómo va enfrentar, y tal vez vea que las circunstancias son complicadas y no haya nada por hacer, sin embargo podría resultar que el sujeto a pesar de la sobrecarga del suceso y su confusión este abierto para nuevas conceptualizaciones que le ayudarán a explicarse detalles de su situación y a entender que pasó y como debe enfrentarse.

1.3.7. Etapas y reacciones ante la crisis

Según Caplan las crisis ocurren en una serie de etapas:

Inicialmente se incrementa la tensión debido al impacto de un suceso externo, la persona intenta manejar la situación mediante respuestas habituales que

anteriormente le funcionaban; en lo posterior la tensión aumenta más, porque no se puede enfrentar la nueva situación con la tradicional forma de respuesta; en tanto la tensión se incrementa pueden movilizarse otros recursos logrando varios resultados.

Que se disminuya la amenaza externa, éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento, redefinición del problema o la renunciación a propósitos fijos que resultan imposibles; sin embargo si nada de lo anterior ocurre, la tensión aumenta hasta provocar una grave desorganización emocional. (Caplan citado en una obra de Slaikeu 1996 p.24)

1.3.8. Tipos de crisis

- Crisis del desarrollo
- Crisis circunstanciales

1.3.8.1. Crisis del desarrollo

“Son aquellas relacionadas con el paso de una etapa a otra, desde la infancia hasta la senectud, cada época del desarrollo implica nuevas tareas, conflictos, retos que deben resolverse y si la persona encuentra interferencia en el enfrentamiento a éstos se hace posible una crisis”. (Slaikeu, 1996, p.19)

Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, las del desarrollo son predecibles puesto que están vinculadas con el individuo y su historia personal de desarrollo. En relación a lo expuesto en el párrafo anterior hay que tomar en cuenta que el eje fundamental en las crisis del desarrollo corresponde a acontecimientos precipitantes que están vinculados con los procesos de maduración.

Por ejemplo la adolescencia, ésta es una etapa que implica cambios físicos, psicológicos, sociales en donde existe una búsqueda de identidad constante por lo que los criterios de padres, maestros, familiares pueden ser debatidos pues los adolescentes buscan sus propios criterios, conceptos, ideales por lo cual esta etapa es una lucha por la auto confirmación de tal manera que se establezca la identidad.

“La teoría de Erikson sugirió que el desarrollo psicosocial sigue una trayectoria de ocho etapas, cada una de las cuales posee un potencial de crisis”. (Papalia Diane, Wendkos Sally, 2005 p. 29)

Se explica que dependiendo de cómo se resuelvan los conflictos para el desarrollo en cada nivel, el crecimiento de una persona podría detenerse en uno o progresar hacia el siguiente, sin embargo menciona que la resolución exitosa de cada una de las ocho crisis requiere de un equilibrio de un rasgo positivo y su rasgo negativo correspondiente.

En el caso de la crisis de la infancia tenemos a la *confianza básica versus desconfianza básica*, se necesita confiar en las personas que están a nuestro alrededor pero también se necesita aprender a tener cierta desconfianza para protegerse del peligro.

“El resultado exitoso de cada crisis es el desarrollo de una virtud o fortaleza particular, en esta primera crisis la virtud es la esperanza”. (Papalia Diane, Wendkos Sally, 2005 p. 29)

Aquí se encuentra nuevamente un particular importante y es relacionado al significado chino que tiene la palabra crisis ya que se la define como peligro y oportunidad, a la vez que el sujeto se encuentra ante una situación difícil puede movilizar otro tipo de recursos que le permitan salir victorioso de un acontecimiento desagradable.

A continuación se citan algunas crisis del desarrollo:

- Crisis de nacimiento e infancia
- Crisis de la pubertad y adolescencia
- Crisis de la primera juventud
- Crisis de la adultez media
- Crisis de la tercera edad

1.3.8.2. Crisis circunstanciales

“Las crisis circunstanciales son inesperadas, accidentales impredecibles, la característica principal de este tipo de crisis es que el suceso precipitante no se debe a la transición de una etapa a otra” (Slaikeu, 1996, p.67).

Es decir no se relaciona de modo directo con el proceso natural de maduración. Ejemplos de este tipo de crisis: la pérdida de un familiar en un accidente de tránsito, secuestros, asaltos, enfermedades.

Las crisis circunstanciales a diferencia de las del desarrollo afectan sólo a ciertos individuos, es por esto que son definidas también como impredecibles por ejemplo un desastre natural; el cual puede afectar sólo a una población, mientras que como se expuso anteriormente todos en un determinado momento debemos pasar de la adultez a la vejez lo cual puede provocar una crisis del desarrollo.

“Las influencias normativas determinadas por la edad son sumamente similares para las personas de un grupo de edad particular. Incluyen sucesos biológicos (como el nacimiento, niñez, pubertad, adultez, vejez)” (Papalia Diane, Wendkos Sally, 2005 p. 14)

El propósito de nombrar la cita antes expuesta es para explicar que en otros textos se puede definir a una crisis del desarrollo como suceso normativo ya que todas las personas pasan de la infancia a la niñez intermedia así como de ésta a la adolescencia, también se expone acerca de influencias no normativas a los que definen *“como eventos poco comunes que tienen un gran impacto en la vida del individuo”* las cuales serían crisis circunstanciales.

Slaikau (1996) expone que las características principales de estas crisis son:

Aparición repentina: pues no la esperaban

Imprevisión: ya que algunos individuos y familias pueden anticipar algunos acontecimientos de la vida y de ese modo prevenir una crisis, sin embargo pocos son los que están preparados para una crisis circunstancial, pues pensaban que eso no les iba a ocurrir.

Calidad de urgencia: puesto que muchas de estas crisis amenazan el bienestar físico y psicológico.

Impacto potencial sobre comunidades enteras: ya que al ser crisis impredecibles pueden ocurrirse debido a un desastre natural.

Ejemplos de crisis circunstanciales:

Enfermedades como el cáncer, diabetes, sida, accidentes de tránsito, muerte de un ser querido, asesinatos, desastres naturales, violencia doméstica: agresión física, psicológica, sexual.

1.4. Estrés

1.4.1. Definición

Gilli (1994) citado en una obra de Gallar (2006) define al estrés como *“la reacción que se produce cuando las demandas ambientales activan el organismo más rápidamente de lo que puede asimilar la capacidad de adaptación del mismo”* (p.109)

Se indica además que el estrés es una respuesta psico-fisiológica ante un estímulo amenazante real. Por ejemplo; cuando una persona está estresada porque estudia dos carreras universitarias requiere una excesiva dedicación que desborda su capacidad psicofísica, por lo que sufre de irritabilidad, cansancio, ansiedad.

En otras definiciones se expone que *“el término estrés se refiere a experiencias emocionales negativas o positivas con cambios conductuales, bioquímicos, y*

psicológicos que están relacionados con retos agudos, o crónicos percibidos".
(Sarason Irwin y Sarason Barbara, 2006, p. 158).

Las personas al desenvolverse en su vida cotidiana se enfrentan a una serie de retos los cuales pueden ser simples y fáciles o complicados y difíciles de resolver; estos retos en términos más técnicos son llamados factores estresantes, es decir eventos que estimulan cambios en el individuo.

Como se expuso anteriormente el estrés además de efectos psicológicos también tiene consecuencias físicas; a continuación se conceptualiza al mismo desde un punto de vista fisiológico lo cual permitirá ampliar el tema y considerarlo desde esta perspectiva también muy importante.

"El estrés es la respuesta del sistema nervioso a un acontecimiento o una situación que se percibe como una amenaza o como un reto". (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p. 119)

Según datos aportados por la misma fuente el estrés no es una enfermedad, sin embargo pudiera desembocar en ella si al individuo se le agotan los recursos para enfrentar la situación amenazante, provoca diversas reacciones pues los síntomas varían de un caso a otro ya que las personas afectadas suelen describirlos como cambios físicos, emocionales, conductuales o bien como una combinación de todos ellos.

El término es tomado de la física en donde se lo utiliza para describir a la fuerza que se ejerce sobre un metal y la reacción del mismo, ya que este puede doblarse y recuperar su estado inicial o romperse. Llevado al campo psicológico se explicaría que el estrés es el máximo de tensión que una persona puede soportar ante circunstancias o experiencias de la vida, generándose cambios en su organismo que son necesarios para percibir la situación a la que se debe enfrentar para posteriormente volver a su estado habitual.

1.4.2. Categorías del estrés

1.4.2.1. Estrés Agudo

Esta categoría se produce cuando una persona experimenta una sensación de peligro, como que algo va a sucederle, *"la amenaza es percibida en primer lugar por la mente, e instantes después el cuerpo reacciona: el ritmo cardíaco se acelera, aumenta la sudoración y se desencadenan otros signos fisiológicos, desde el punto de vista psicológico, es habitual sentir miedo o angustia"* (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p. 120)

Las personas pueden experimentar estrés agudo ante distintas situaciones como la amenaza de un sujeto que pretende asaltarle, el aviso durante un

vuelo que el avión pronto aterrizará, dar una conferencia ante un público selecto; es importante mencionar que eventos cotidianos como el ir al dentista, el sonido o la alarma de un carro pueden desencadenar estrés agudo ya que son estímulos que provocan diversas respuestas en los individuos.

Esta categoría no siempre estará asociada al temor puesto que en ocasiones se relaciona con la frustración, impotencia, enojo de no alcanzar objetivos o metas que se hayan planteado. Situaciones que podrían provocar este tipo de emociones son: el no poder cumplir una tarea en el ámbito laboral, llegar tarde a una cita urgente a causa del tráfico, obtener un bajo rendimiento académico entre otras.

Cuando la causa del estrés agudo desaparece se regresa a un estado físico y psíquico normal. Es decir tomando como referencia los ejemplos anteriores si el avión aterriza sin complicaciones o el discurso generador de estrés fue todo un éxito la persona recobrará su homeostasis puesto que la sensación de amenaza o peligro inminente desaparece.

Esta categoría de estrés es catalogada por varios psicólogos y entendidos en el tema como parte normal de la vida, puesto que se manifiesta ocasionalmente, sin representar en ningún caso una amenaza a largo plazo para la salud.

“La respuesta fisiológica al estrés agudo se conoce como mecanismo de lucha o huida, la acepción fue acuñada por el fisiólogo estadounidense Walter Cannon pionero en el estudio del estrés.” (Cannon citado en el libro Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p.121)

El mencionado autor sostenía que el más básico de los instintos humanos es el de supervivencia, los animales y los seres humanos experimentan reacciones automáticas consideradas como necesarias para la supervivencia y la adaptación como temblar cuando hace frío, esta reacción está regida por el sistema nervioso y se efectúa sin la intervención consciente del individuo.

La respuesta fisiológica al estrés agudo permite que la persona se prepare para hacer frente a circunstancias que pueden ser comprometedoras para su vida, siendo por lo tanto un mecanismo de supervivencia sofisticado. En el pasado las sociedades primitivas vivían rodeadas de peligros constantes, su entorno los exponía a situaciones amenazantes una de ellas era la confrontación con animales salvajes.

La reacción fisiológica al estrés permitía que las personas se prepararan para los desafíos físicos más extremos, y las respuestas inmediatas que experimentaban les capacitaba para que actúen en ese momento, bien fuera para permanecer de pie y pelear con la bestia o correr y huir lo más rápido que pudieran, de ahí la expresión de lucha o huida.

La reacción de lucha o huida sigue siendo esencial en la actualidad, incluso en las sociedades modernas, puesto que a pesar de que no estemos rodeados de animales salvajes a los que tengamos que enfrentarnos, en ocasiones se presentan circunstancias complicadas que nos generan tensión y angustia, por ejemplo si nos encontramos en un sitio cercano a un incendio y sentimos que nuestra vida corre peligro empezaremos a correr lo más de prisa.

1.4.2.1.1. Fisiología del estrés agudo

La reacción del cuerpo frente al estrés ocurre de una forma particular e interesante, puesto que el cerebro evalúa una situación y decide si es o no amenazante, en el caso de que sea afirmativo surge un proceso al cual se lo puede simplificar de la siguiente manera: el hipotálamo que se encuentra ubicado en el cerebro activa o estimula la hipófisis, la cual secreta una hormona y la esparce al flujo sanguíneo para activar a las glándulas suprarrenales, las mismas que están formadas por dos partes muy bien diferenciadas que son la corteza suprarrenal y la médula suprarrenal.

La corteza suprarrenal que es la capa externa de la glándula secreta hormonas, entre ellas el cortisol, y la médula suprarrenal que es la capa interna de la glándula secreta adrenalina y noradrenalina. (Tomado del libro Gran colección de la Salud. La salud y la mente, 2004, p.122)

Estas hormonas son las que preparan al cuerpo para luchar o huir, pues durante el proceso se logra que las proteínas se conviertan en energía, las grasas acumuladas llegan a ser un combustible que favorece a la persona, aumenta el ritmo cardíaco y respiratorio, se desvía sangre de áreas no vitales, se interrumpen de igual forma funciones corporales no vitales intensificando la agudeza de los sentidos.

1.4.2.2. Estrés crónico

El estrés que perdura durante un largo período se conoce como crónico.

El estrés crónico puede aparecer como resultado de la concatenación de diversos acontecimientos estresantes, como la presentación regular de resultados en el trabajo, o bien a consecuencia de una sola situación que no se resuelve, como el cuidado de un pariente enfermo. (Gran colección de la salud, la salud y la mente 2004 p. 123)

Como se había escrito en líneas anteriores el estrés agudo es una respuesta del cuerpo ante una situación que es valorada como insegura o amenazante para el sujeto, por lo cual no es perjudicial para la salud y el bienestar, sin embargo vivir durante un largo período de tiempo bajo situaciones o circunstancias estresantes puede resultar muy nocivo o grave.

Las personas pueden padecer frecuentes dolores de cabeza, palpitaciones, dolor de estómago o molestias en el pecho, incluso algunos sujetos experimentan temblores o sacudidas y una sudoración exagerada; desde un punto de vista psíquico los afectados tienden a la irracionalidad, pesimismo, la capacidad intelectual y creativa puede disminuir. El sueño también puede verse afectado ya que se duerme de forma interrumpida, o se sufre de insomnio llegando a reducirse los niveles de energía de las personas ya que no descansan adecuadamente.

Varios investigadores aseguran que los signos del estrés son distintos de un individuo a otro, sugiriendo poner mayor énfasis en alteraciones en las emociones, el comportamiento y el estado físico habitual, que en buscar un conjunto de síntomas específicos que como se explicó anteriormente difieren de una persona a otra.

1.4.2.2.1. La fisiología del estrés crónico

“En las últimas décadas se ha desarrollado un nuevo ámbito de investigación denominado psiconeuroinmunología (PNI). Esta disciplina como su nombre lo indica estudia la relación entre el estrés y los sistemas nervioso, inmunitario, y endócrino (Hormonal)”. (Gran colección de la salud, la salud y la mente 2004 pág. 125)

Se explica que al parecer el estrés crónico influye negativamente sobre el sistema inmunitario, a este se lo podría definir como un mecanismo aliado con el que el organismo cuenta para combatir a las infecciones, su acción está relacionada a identificar organismos invasores o células tumorales organizándose para combatirlos.

Varias investigaciones realizadas sobre el tema concluyen que las personas estresadas, deprimidas, tienen mayor probabilidad de padecer una serie de enfermedades que aquellas otras que han aprendido a controlar el estrés de forma eficaz logrando mantener un estado de ánimo relajado y positivo.

Esto puede alcanzarse mediante diversas alternativas entre ellas la terapia psicológica que permite al paciente conocer, entender y elaborar circunstancias de vida que pudieron haberlo marcado, superando así errores cognitivos que producen emociones negativas y acciones desfavorables, sin descuidar la parte fisiológica que puede estar a cargo de un profesional calificado, trabajando de esta forma con un enfoque multidisciplinario que brinda mejores resultados.

Tenemos claro que al enfrentarse al estrés agudo, el cuerpo segrega hormonas asociadas al estrés como parte de la reacción de lucha o huida, siendo una de ellas el cortisol que aumenta la energía y acelera las reacciones del cerebro y permite hacer frente a las situaciones de forma eficaz, sin embargo se explica que el estrés crónico:

“Puede generar una secreción excesiva de cortisol que puede ser perjudicial, algunos experimentos clínicos han demostrado que si el cuerpo está sometido a niveles elevados de cortisol durante un cierto período de tiempo, el sistema inmunitario se debilita, las reservas de energía disminuyen y la memoria se ve afectada”. (Gran colección de la salud. La Salud y la mente, 2004, p.125)

Además se menciona que los altos niveles de cortisol también pueden estar relacionados a problemas psicológicos y emocionales por lo que una vez más se enfatiza la importancia de que las personas decidan llevar a cabo terapia psicológica pues inclusive los descubrimientos de investigación en PNI concluyen que los sujetos positivos, no estresados se restablecerán de alguna dolencia, malestar con mayor rapidez que las personas estresadas y deprimidas.

Existen resultados de múltiples investigaciones que se han llevado a cabo en los últimos años en donde se evidencia que las emociones repercuten en la salud, por ejemplo un estudio realizado en Gran Bretaña con mujeres que padecían cáncer de mama demostró que aquellas que gozaban de apoyo emocional experimentaban una mayor actividad inmunitaria y vivían el doble de años a partir de la fecha del diagnóstico que las que no recibían ese componente afectivo.

Otro estudio relacionado con la medicina que se publicó en una revista británica afirmó que el proceso de curación de una herida era más lento en personas psíquicamente estresadas, investigaciones como estas validan la importancia de trabajar con esa parte abstracta y compleja del individuo: su psique.

1.4.3. Fases en la reacción al estrés

Hans Selye fue uno de los pioneros en cuanto al estudio del estrés, después de realizar varias investigaciones dijo: *“existen tres fases en la reacción al estrés: alarma, resistencia, y agotamiento”*. (Selye 1993 citado en una obra de Feldman 2006, p.427)

En primera instancia tenemos la respuesta aguda o también denominada fase de alarma en la cual *“las glándulas suprarrenales liberan hormonas asociadas al estrés como parte de la reacción de lucha o huida”* (Selye 1993) es decir la persona responde a la circunstancia estresante tratando de resolverla, si persiste el estresor da paso a la siguiente fase, la de resistencia en donde además de las respuestas físicas de la fase anterior se suma el desafío al que se ve expuesto el sistema inmunitario.

El individuo se enfrenta a la circunstancia amenazante, con diferentes medios a veces con éxito, pero a costa de cierto grado de bienestar físico y psicológico, si la resistencia es inadecuada, la persona entra en la última fase del modelo; la de agotamiento: *“en esta etapa la capacidad para adaptarse al estresor disminuye tanto que aparecen las consecuencias negativas al estrés, el bienestar total del individuo mental, emocional, conductual y físico se ve comprometido”* (Selye 1993)

Selye denominó a este proceso como síndrome de adaptación general, que como explicamos en líneas anteriores es una teoría según la cual la respuesta de una persona a un estresor o situación amenazante consta de tres etapas, en las que al principio el individuo trata de adaptarse mediante varios medios tanto físicos como psicológicos, si no logra resultados favorables se da lugar a fases que según el caso pueden resultar perniciosas para el individuo.

En la actualidad vivimos rodeados de múltiples exigencias, es así que en el transcurso de un solo día nos encontramos resolviendo responsabilidades personales, laborales, sociales pudiendo resultar esto tedioso y abrumador, por otro lado la sociedad trata de adaptarse a los desafíos de la vida moderna la cual está llena de competitividad y ausencia de calma y descanso, por ello el cuerpo llega a agotarse y pide a gritos tranquilidad y serenidad, varios hacen caso omiso a este llamado por lo cual en ocasiones se presentan

enfermedades que los obliga a guardar cama por días, semanas e incluso meses.

1.4.4. Estrés saludable y estrés nocivo

En muchas ocasiones se suele mencionar al estrés como totalmente perjudicial para la salud, pero no siempre es así, es por ello que se considera sumamente importante explicar hasta qué punto es bueno o malo “estresarse”.

“El doctor canadiense Hans Selye compara al estrés con la temperatura corporal: sólo cuando la temperatura sube por encima de lo normal puede considerarse preocupante.” (Selye 1993 citado en una obra de Feldman 2006, p.430)

La cita anterior explica que el estrés en ocasiones es normal, es parte de nosotros e incluso puede resultar hasta positivo para desarrollar tareas que requieren cierto nivel de exigencia ya que nos permite trabajar rápidamente por el proceso físico que se desencadena, lo negativo lo encontramos cuando pasamos a fases que complican nuestra salud.

Las personas a lo largo de su vida disponen de una cierta capacidad de adaptación para hacer frente a su entorno, y esta cantidad de estrés puede

considerarse normal; sin embargo si la persona se encuentra en continua tensión, problemas, crisis, cambios positivos o negativos, si rebasa su umbral de resistencia, la capacidad que tiene para enfrentarse a retos o circunstancias amenazantes acaba por agotarse, el estrés aumenta excesivamente y surgen complicaciones, trastornos, enfermedades.

Otro investigador al que se puede nombrar en relación al tema es el doctor Peter Nixon, quien trazó un gráfico llamado curva de función humana para demostrar cómo mejora el rendimiento de una persona bajo un estado de estrés, él concluye que cierta cantidad del mismo resulta práctico pues nos permite alcanzar metas, objetivos que nos hayamos propuesto, pues proporciona el impulso necesario para lograr cosas en nuestro diario vivir.

Menciona que sin ese grado de estrés o excitación la vida sería aburrida, y no alcanzaríamos grandes metas, como vimos en párrafos anteriores cierto grado de estrés moderado activa la adrenalina, la cual nos prepara para hacer frente a nuevos retos.

A lo largo de nuestra vida tal vez nos hayamos topado con personas que trabajan mejor bajo cierto grado de tensión, es decir el imaginar que por diversas circunstancias no puedan lograr el reto les genera cierto temor que hace que se agilicen y trabajen adecuadamente para obtener resultados favorables.

También puede ser que hayamos visto estudiantes que dejan sus tareas para última hora y aunque esto no es recomendable, en ocasiones resulta que terminan su trabajo eficazmente, ahora sabemos que el desesperarse pensando que tal vez no se pueda terminar con la tarea agiliza al individuo para que se concentre y realice en menor tiempo su actividad.

La experiencia del estrés se puede utilizar de un modo positivo para su mejor comprensión, ya que como hemos visto en ocasiones es inevitable padecerlo, por ello aprender a manejarlo resultaría una tarea muy valiosa, varias investigaciones demuestran que las personas que viven protegidas del estrés tienden a reaccionar de un modo exagerado cuando finalmente se topan con este tipo de situaciones.

Esto se podría relacionar con los padres que sobre protegen a sus hijos a tal extremo que consideran que estos jamás deben sufrir, e imaginariamente tratan de meterlos en una burbuja para que el entorno no los maltrate o los incomode, y al enfrentarse con la realidad se impactan a tal punto que sus reacciones son negativas o tienden a limitarse y a evitar retos a lo largo de su vida.

La línea divisoria entre el estrés saludable y perjudicial es muy fina, la gente suele hacer caso omiso del grado de estrés que padece y cree que puede seguir trabajando, o estar sometida a altos niveles de tensión sin darse cuenta

que esto puede traer consecuencias graves para su salud tanto psicológica como física.

Según Selye el individuo que sufre estrés crónico durante un período prolongado es vulnerable al cansancio y a la enfermedad. *“Podríamos preguntarnos cuándo el estrés agudo se transforma en crónico, y cuánto tiempo debe permanecer el crónico para que aparezcan síntomas nocivos, no existen respuestas precisas a estas preguntas, ya que el estrés afecta de diferente manera en función de la personalidad y la capacidad individual para manejarse o enfrentarse ante distintas situaciones”* (Selye 1993 citado en una obra de Feldman 2006, p.427)

A la vez se podría concluir que existen personalidades ansiosas que tienden a estresarse por todo lo que les sucede, es decir se complican por mínimos detalles y esto es perjudicial también ya que es mejor enfrentar el problema o la situación generadora de estrés con calma, para salir mejor librados.

1.4.5. Causas habituales del estrés

A estas alturas hemos comprendido que el estrés es un componente inevitable de la vida, podemos intentar ignorarlo, minimizarlo, sin embargo es común tener que enfrentarnos a situaciones estresantes simplemente al crecer,

madurar, tomar decisiones, relacionarnos con los demás en la familia, el trabajo, los estudios.

Cualquier suceso en la vida puede ser causa de estrés. El libro Gran colección de la salud, la salud y la mente 2004 menciona que los más habituales son: *“relaciones personales, divorcio, muerte de un ser querido, presiones laborales, aspectos ambientales, padecimiento de enfermedades”*. (p.128)

1.4.5.1. Relaciones personales

Una parte importante de la vida es relacionarse con las personas que los rodean, las cuales proporcionan momentos gratos e inolvidables, sin embargo también pueden ser causa de estrés, se explica que entre las experiencias asociadas a las relaciones personales potencialmente más estresantes se encuentran: el matrimonio, nacimiento de un hijo, la separación, el divorcio, la pérdida de un ser amado.

1.4.5.2. Matrimonio

Cualquier aspecto del matrimonio puede ocasionar estrés, por ejemplo la decisión de casarse, el estar convencido de que la pareja elegida es la correcta, el pensar que este compromiso requiere esfuerzo por sacar adelante la relación y que la misma perdure, sentirse presionado por la pareja para

casarse, incluso el ajetreo de los preparativos para celebrar la unión matrimonial pueden causar estrés.

A medida que transcurre el tiempo suelen presentarse factores estresantes de mayor complejidad en lo que al matrimonio se refiere, entre ellos se puede mencionar cuestiones económicas, conflictos con los padres de la pareja, cuestiones relativas a los hijos, falta de confianza, entre otras.

1.4.5.3. Separación y divorcio

Es común ver en la actualidad separación y divorcio, en Estados Unidos la proporción es de un 50%, la cifra varía de un país a otro sin embargo existen criterios homólogos al manifestar que en las últimas décadas los matrimonios se disuelven con mayor facilidad. Debido a la gran carga emocional que se deposita en una relación íntima, el fracasar con la pareja produce estrés, y con ello malestar, tensión, ira, tristeza, sentimientos de soledad.

Por lo general las personas que formulan la opción de separarse o divorciarse en la mayoría de los casos experimentan un intenso estrés antes de tomar la decisión, dudar entre seguir o terminar la relación consume una gran cantidad de energía emocional, ya que esto implica ciertos cambios ligados a la custodia de los niños, empezar de nuevo, implicaciones económicas, críticas por parte de familiares y amigos.

Como vemos el enfrentarse a un divorcio puede generar altos niveles de estrés, ya que se viene un proceso que implica cambios drásticos tanto para los cónyuges como para los niños en el caso de que la relación haya dado fruto, además se pueden presentar recriminaciones mutuas, dolor, tristeza, ante lo que se está viviendo, y en medio de todo esto a veces los más perjudicados son los niños.

Es por ello que es recomendable acudir a un terapeuta familiar, para que guíe el proceso y los padres lleguen a un acuerdo encontrando formas de relacionarse sin discusiones, y logren paso a paso adaptarse al nuevo estilo de vida al que tienen que enfrentarse.

1.4.5.4. Muerte de un ser querido

Superar la muerte de un ser querido suele ser una de las experiencias más difíciles y complicadas en la vida, *“el impacto es todavía mayor si la muerte acontece de un modo prematuro e imprevisto: la pérdida de un hijo pequeño en un accidente es mucho más difícil de asumir que la defunción de un pariente anciano tras una enfermedad prolongada”* (Gran colección de la salud, la salud y la mente pág.131)

Parafraseando la cita anterior se diría que si la muerte de un ser querido sucede de un momento a otro afecta más que el fallecimiento de algún familiar

que padeció alguna enfermedad por varios meses o años, seguramente porque las personas que lo acompañaron, cuidaron, protegieron se fueron preparando y poco a poco aceptaron que debido a sus circunstancias de salud en algún momento fallecería, en cambio en el otro caso, aceptar de forma imprevista la muerte de un ser querido debe causar gran impacto.

En general la muerte de una persona amada de alguna u otra forma afecta considerablemente y el adaptarse a su ausencia es un proceso que puede generar estrés ya que existe tensión, tristeza, dolor por lo que está ocurriendo.

1.4.5.5. Presiones Laborales

El estrés laboral está muy de moda en la actualidad, existen varios factores a los que se les puede adjudicar las causas, entre ellos tenemos la crisis que el país vive debido a la situación económica mundial ya que los tiempos actuales son difíciles y no basta que trabaje únicamente el hombre en un hogar, por ello las cuestiones familiares se complican y el desequilibrio entre la vida íntima y el trabajo generan tensión y preocupación.

“Un ambiente laboral intenso requiere más horas de dedicación y formación, e implica, por consiguiente, menos tiempo para las cuestiones domésticas y personales”. (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p.132)

El trabajar más horas de las acordadas o tener que llevarse trabajo a casa, verse obligado en cualquier momento a posponer planes personales por las exigencias laborales, son causas que generan estrés ya que se minimizan asuntos personales, familiares, sociales importantes.

1.4.5.6. Desempleo

Perder el empleo resulta estresante ya que se vienen consecuencias económicas inmediatas que perjudican a la familia al no poder solventarse; y en el aspecto emocional se afecta el autoconcepto del individuo por sentimientos de rechazo, culpabilidad, inutilidad, vergüenza, críticas.

Genera estrés pensar que se va a tener dificultades para encontrar un nuevo empleo, incluso cuando se posee una buena formación y experiencia, la edad también puede resultar un problema en algunas empresas, ya que varios ejecutivos de un trabajo tienden a rechazar a las personas de edad avanzada lo cual complica y perjudica aún más su autoconcepto.

1.4.5.7. Enfermedades

Las lesiones, las enfermedades, y las discapacidades físicas provocan estrés.

“Éste puede originarse por el dolor o la incomodidad, el tratamiento médico y

las limitaciones vitales que impone la dolencia" (Gran colección de la salud. la salud y la mente, 2004, p. 134)

Entre los factores estresantes más comunes tenemos:

- El temor a la enfermedad y sus consecuencias.
- El temor a los procedimientos médicos o los efectos secundarios de los fármacos.
- Pérdida de control o autonomía, ya que empiezan a depender de alguien más para que los ayuden o les cuiden.
- Frustración debido a las limitaciones a las que deben enfrentarse.
- Posibilidad de perder el empleo debido a la enfermedad y sus implicaciones, temor por no poder encontrar uno nuevo.
- Preocupación por las cuestiones económicas si no es posible trabajar.
- Intranquilidad e inquietud por sus seres queridos y las personas que dependen de ellos, debido al temor de lo que pueda ocurrir más adelante.

La adaptación a su nuevo estilo de vida y los cambios que implica, provocan que el individuo se muestre afectado, frustrado por ser incapaz de cuidarse por sí mismo, puede sentirse furioso y resentido por lo que le está sucediendo, generalmente se preguntan por qué a mí, además se muestran ansiosos por lo que pueda venir en el futuro y temerosos por los posibles cambios en las actitudes de los demás hacia ellos; pueden llegar a sentirse desconcertados por su nuevo aspecto.

En enfermedades como el cáncer la caída del cabello causa gran impacto en las personas, especialmente en las mujeres jóvenes, ya que afecta a su autoconcepto y se desaniman ante lo que les ocurre. Se ha dado casos de pacientes que debido a los efectos del tratamiento se niegan a ir al hospital para administrarse los ciclos de radio o quimioterapia, por lo cual la intervención psicológica es de gran ayuda.

1.4.6. Signos del estrés

Generalmente la gente se pregunta por qué algunas personas tienden a estresarse más que otras. *“Mientras algunos individuos lo controlan al punto que éste (el estrés) apenas tiene repercusiones en su vida cotidiana, otros son sensibles a él, lo cual puede provocarles dolencias y problemas físicos, en ocasiones graves”.* (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p.162)

Esto ha incitado que los psicólogos estudien la posible relación entre la forma en que se concibe un acontecimiento estresante y el tipo de personalidad. Los estudios efectuados sobre personalidad y estrés dicen al respecto: *“Se ha demostrado que las personas optimistas que ejercen un control consciente sobre sus vidas suelen ser más resistentes al estrés”*

Parafraseando la cita anterior, se diría, que las personalidades ansiosas y propensas al estrés tienden a interpretar como negativos o amenazantes un mayor número de acontecimientos. El estrés crónico como se explicó anteriormente afecta de diferentes formas, la persona que lo sufre puede experimentar cambios emocionales: ansiedad, irritabilidad, mal humor, o depresión; conductuales: agresividad, dependencia a sustancias; alteraciones físicas entre ellas: fatiga, dolores de cabeza frecuentes, dolencias persistentes como el síndrome de colon irritable.

Incluso se relaciona al estrés como el responsable de problemas que ponen en riesgo la vida de una persona, puesto que varios estudios realizados han demostrado que si éste persiste en la vida de un sujeto, puede llegar a causar un debilitamiento importante del sistema inmunológico, con lo que la persona puede hacerse más vulnerable a las enfermedades o ver dificultada su recuperación en el caso de haberlas contraído.

Por ello identificar cambios emocionales, conductuales, y físicos asociados al estrés puede ayudar a prevenir su progresión.

1.4.6.1. Signos psicológicos del estrés

El estrés crónico puede causar cambios psicológicos perjudiciales, los cuales pueden resultar nocivos si la persona que los experimenta no reconoce que

están siendo originados por el estrés y por lo tanto no adoptan medidas para trabajar el problema.

“Cada persona reacciona de un modo diferente frente al estrés. Sin embargo, la inestabilidad emocional general, la ansiedad, pérdida de confianza, depresión, y la apatía constituyen reacciones habituales al estrés crónico” (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p. 164).

El estrés incluso puede ocasionar cambios cognitivos que dificultan la toma de decisiones, complica la capacidad de concentración y afecta la memoria.

Inestabilidad emocional:

Un signo de estrés crónico es la inestabilidad emocional, las personas pueden experimentar variables en su estado de ánimo es decir estar bien en un momento y en otro enfadados, tristes, irritables, pueden tener predisposición al llanto, un profundo resentimiento, ira, impulsividad, perdiendo la paciencia fácilmente.

En ocasiones puede predominar en la persona la hostilidad hacia los demás, ello provoca el alejamiento de los que le rodean por lo que incluso la pérdida de apoyo social puede poner al individuo en una situación más vulnerable; y en ciertos casos debido a su manera de reaccionar las personas temen ser abandonados sintiéndose culpables y enfadados con ellos mismos.

Ansiedad:

“La ansiedad aludiría al estado de temor, de sensación desagradable de peligro o amenaza que incita a una conducta específica hacia el estímulo que lo provoca” (Gallar, 2006, p.109)

Los sentimientos subjetivos, y las respuestas fisiológicas que caracterizan la ansiedad son muy parecidos a los propios del estrés; sin embargo la principal diferencia es que el estrés surge de las demandas ambientales a las que el sujeto se enfrenta día a día y producto de ello se desencadenan una serie de respuestas en él; vendría a ser una respuesta psico-fisiológica a un estímulo amenazante real.

La ansiedad por su parte es el estado emocional, conductual, y actitudinal con el que se enfrenta un sujeto a un estímulo real, pero también puede originarse sin estímulo o causa aparente es por ello que hay personas que la padecen y no saben por qué. En este caso la ansiedad surge como reacción al estrés y no es una patología propiamente dicha; además la misma se enfoca más en respuestas emocionales de terror y miedo, estar ansioso significa sentirse nervioso y amenazado o temer que algo malo o desagradable va a suceder muy pronto

El estrés en ocasiones produce ansiedad y en otras no necesariamente el sujeto ansioso padece estrés, pues aquella puede no tener una causa

aparente. Hay que tener en cuenta un factor fundamental; una cosa es que una persona esté ansiosa debido al estrés que produce rendir un examen o producto de recibir una mala noticia y otra padecer un trastorno de ansiedad.

La mayoría de autores coinciden en que la ansiedad es una sensación desagradable, un temor por algo. Morán (2004) define a la ansiedad como: *“una especie de miedo que es una emoción básica del ser humano, cuyo propósito primordial es la supervivencia del hombre”* (p.209)

Entre los signos o síntomas que están relacionados con la ansiedad se encuentra: *“inestabilidad motriz, expresada en movimientos de manos, pies, cabeza; inquietud por algún suceso, temor por algo que podría ocurrir, sentirse nervioso, tenso como si algo malo fuera a suceder, tener la cabeza llena de preocupaciones”* (Gallar, 2006, p. 109)

Pérdida de confianza en uno mismo:

Las personas que atraviesan un período de ansiedad e inestabilidad emocional pueden sentirse fuera de control o incapaces de desenvolverse con normalidad en su entorno por lo que prefieren delegar responsabilidades a otros, aunque ésta sensación de no poder realizar por sí mismos sus actividades o tomar decisiones se debe a que se encuentran estresados, los individuos pueden

responsabilizar de modo erróneo a estas cuestiones por insuficiencia personal, ignorando que es producto de su situación.

Depresión:

Al igual que la ansiedad en este caso los rasgos depresivos vendrían a ser una reacción producto del estrés que la persona está viviendo. Gallar (2006) indica que la depresión *"es un concepto muy amplio, que se incluye dentro de los trastornos afectivos y abarca diversos niveles de gravedad: puede tratarse de un bache depresivo coloquialmente llamado depre o bien de un síndrome grave, la depresión mayor"* (p.375)

En este caso sería lo que Gallar llama un bache depresivo; es decir presentar síntomas como tristeza, desánimo, llanto que no son de una intensidad grave para ser un indicador de trastorno. Son síntomas que no se presentan todo el día la mayor parte del día como en una patología severa.

Algunas de las situaciones que generan estrés tienen más posibilidades de causar depresión que otras, por ejemplo: una enfermedad como el cáncer podría resultar estresante y deprimente en mayor medida que un divorcio o una mudanza, sin embargo nada es determinante ya que depende de varios factores entre ellas la personalidad, los recursos propios de un sujeto para manejarse en cada situación así como de las experiencias vitales previas.

Es necesario recalcar que a lo largo de la vida van aconteciendo sucesos que marcan y modifican la manera de ser de un individuo, por lo tanto las experiencias de vida que se haya tenido pueden fortalecer y generar un tipo de aprendizaje al sujeto que le permita enfrentar las cosas de mejor manera.

Las personas que se sienten tristes y estresadas pueden volverse lentas o apáticas es decir desinteresadas de lo que ocurre consigo mismo o con su entorno, perder toda motivación o interés por las actividades diarias, incluso por aquellas en las que anteriormente disfrutaban.

Pérdida de concentración:

Un signo común de estrés es la incapacidad para concentrarse, la persona que la padece puede experimentar dificultades para mantener la concentración como solía hacerlo, esta dificultad tiene lugar cuando la mente está dominada por la causa original del estrés, ninguna otra cuestión parece tan importante.

Por ejemplo un sujeto perdió dinero en la realización de un negocio y la preocupación y tensión por recuperar lo que invirtió hace que esa persona piense exclusivamente en temas relacionados a cómo puede lograr recuperar el dinero perdido, por lo tanto no se concentra en las demás cosas de su entorno, o se siente incapaz de hacerlo.

Lapsus de memoria:

Las personas estresadas pueden llegar a tener problemas de memoria, olvidar asuntos importantes, encargos, citas, aniversarios entre otros, y esto puede llegar a crear conflictos en las relaciones profesionales y personales de un individuo y originar más trabajo, molestias y una fuente adicional de estrés.

1.4.6.2. Signos conductuales del estrés

“Identificar el estrés implica buscar alteraciones en la conducta habitual de una persona, más que identificar síntomas absolutos” (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p. 166) Producto de sentirse estresado debido a un factor específico un sujeto puede empezar a presentar una serie de cambios como aislarse, no socializar con facilidad como solía hacerlo, si fumaba ahora lo hace con mayor frecuencia.

Constatar en el comportamiento cambios asociados al estrés resulta esencial para evitar que las circunstancias empeoren y lleguen a ser nocivas para el sujeto, el libro indica que estos cambios pueden repercutir de un modo negativo en la salud, la perspectiva psicológica, el nivel de energía, las relaciones personales y la vida laboral.

Tanto el estrés agudo como el crónico provocan cambios o modificaciones en la conducta, las relacionadas al estrés agudo suelen ser pasajeras y no trascendentes, mientras que las asociadas con el estrés crónico pueden experimentar cambios conductuales progresivos ya sea en lo personal, laboral, o en un aumento del consumo de ciertas sustancias tóxicas.

A continuación se exponen algunos cambios que pueden surgir debido al estrés:

Cambios en los hábitos personales:

Variaciones en los hábitos rutinarios de una persona podrían ser indicadores de estrés crónico, así algunos individuos se aíslan de la sociedad o al contrario se vuelven raramente gregarios, descuidan su higiene personal o alteran sus hábitos alimenticios.

Cambios en los hábitos sociales:

“Las personas estresadas con frecuencia carecen de deseo y motivación para relacionarse socialmente”. (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p. 166). Quizá esto se deba a las preocupaciones, sensación de cansancio, fatiga, desánimo, tienden a evitar reuniones o si asisten participan en ellas con comportamientos poco sociables.

Una persona estresada generalmente se limita a hablar de sus problemas, preocupaciones por alguna circunstancia por ejemplo una enfermedad, o bien se puede mostrar ajeno a toda conversación o actividad. Esta conducta puede ser perjudicial para las personas afectadas ya que la impresión de no estar socialmente adaptado puede repercutir de un modo negativo en el autoconcepto, además es posible que los individuos que están a su alrededor frente a este comportamiento decidan alejarse, situación que en último extremo conduce a la marginación y al aislamiento.

En el caso de una persona estresada que tenga su esposa y sus hijos, éste comportamiento de aislarse puede resultar peligroso generándose conflictos familiares que empeoren las circunstancias por las que está pasando, además dejar secuelas en los miembros del hogar que en ocasiones no entienden lo que le ocurre a la persona afectada e interpretan erróneamente la conducta del otro.

Varios psicólogos expertos en temas relacionados al estrés exponen la importancia de unas relaciones sociales sólidas como factor aplacador del mismo. Por ello el rechazo al apoyo social y emocional puede disminuir la capacidad del sujeto para superar el estrés. Una persona estresada puede aislarse de los demás o disminuir significativamente su actividad social o laboral. Cada persona tiene su manera de reaccionar ante las circunstancias

que está viviendo y la manera cómo lo haga tiene íntima relación con su personalidad.

Los extremos pueden resultar negativos; si una persona estresada por evadir sus problemas empieza a tornarse excesivamente social saliendo todo el tiempo y no permitiéndose ni un respiro para relajarse, como consecuencia de este tipo de comportamiento puede darse un mayor consumo de alcohol, cigarrillo o drogas, ya que por lo general una vida social más intensa significa moverse en un entorno que incite a beber y a fumar más. Incluso consumir otras drogas.

Por el contrario el alejarse totalmente de los demás y rechazar el apoyo que estos le brinden puede resultar negativo para la persona, puesto que podrían surgir sentimientos de soledad o simplemente como se explicó anteriormente su entorno se distancia debido a las limitaciones que pone el sujeto afectado no queriendo interactuar con los demás. Por lo tanto sería esencial el apoyo psicológico, emocional, que permite que el sujeto estresado tenga más opciones de responder a las circunstancias por las que está atravesando, sintiéndose de esta forma fortalecido y orientado.

Abandono personal:

“Cuando el estrés deviene crónico, las rutinas de la vida cotidiana pueden perder importancia, una manifestación de ello es la pérdida de interés por la

higiene personal y doméstica". (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p. 167).

Este tipo de comportamiento se presenta producto de la consternación que un individuo puede sentir debido a las circunstancias estresantes en su vida. En el caso de una persona que se entere que tiene cáncer, el impacto puede ser tal, que todo lo demás perdería sentido, en donde el cuidado personal sea descuidado en absoluto, además esta reacción puede estar ligada a la depresión producto como se dijo de las circunstancias que está viviendo el sujeto afectado.

Sin embargo hay que mencionar que tal y como sucede con otras alteraciones aquí descritas, el abandono personal no siempre va a constituir un síntoma certero de estrés, ya que por ejemplo en el caso de una persona en la que la higiene personal nunca haya sido su prioridad y su aspecto se vea descuidado, no quiere decir que es consecuencia del estrés producto de lo que está atravesando en ese caso deberían tomarse en cuenta otros signos que nos orienten a darnos cuenta que está sucediéndole algo que la afecta considerablemente.

Abuso de alcohol, cigarrillo, drogas

“Muchas personas sometidas a altos niveles de tensión pueden encontrar en las sustancias popularmente consideradas como mitigadoras del estrés: alcohol, tabaco, y otras drogas, una forma fácil y tentadora de relajarse”. (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p. 168).

Un individuo al sentirse estresado puede refugiarse en el alcohol tomando al mismo como una salida que le permite relajarse y olvidarse de los problemas que lo aquejan, sin embargo ingerido en exceso el alcohol obstaculiza los procesos mentales y conduce a la toma de decisiones irracionales, además puede provocar cambios en el humor ya que en ocasiones el sujeto se muestra irritable y en otras triste.

En general el consumo excesivo de alcohol es negativo para la salud; ingerirlo continuamente en periodos de estrés provoca con el tiempo bajo rendimiento laboral, también las relaciones con la familia y amigos se deterioran sumándose más problemas a las causas originales del estrés.

Fumar

Por cultura general se conoce que la nicotina es una sustancia adictiva que puede provocar una rápida dependencia tanto física como psíquica, el estrés

puede intensificar esta dependencia a la nicotina, es así que las personas que fumaban sólo en reuniones sociales se convierten en fumadores habituales, y los que ya lo hacían frecuentemente incrementan su consumo.

Los cigarrillos tienen una fama de relajantes, razón por la cual son consumidos en gran parte del mundo con la excusa de que recurren al mismo para tomarse un respiro. Por esta razón un mayor consumo de tabaco es un indicador de tensión y comúnmente delatan un exceso de estrés, como se mencionó anteriormente los mismos sujetos comentan fumar más, para relajarse y bajar el grado de tensión que tienen.

Muchos deben conocer a compañeros que fuman un cigarrillo luego de un examen o familiares que después de una discusión prenden un tabaco, esto nos aclara la relación entre cigarrillo y tensión, un examen puede generar estrés si existen temores de no rendirlo bien, al igual que una pelea con un ser querido y si esto ocurre frecuentemente y el sujeto no sabe manejarlo correctamente puede desencadenarse una conducta adictiva.

Abuso de drogas

Un tipo de personalidad adictiva que se sienta abatido por problemas, tensiones, conflictos puede caer en la tentación de experimentar un consumo de drogas en un intento de huir de sus presiones o conflictos, el estresado

consumidor de estas sustancias justificará su conducta basándose en el hecho de que le producen un temporal alivio de sus sensaciones de estrés y ansiedad.

Obviamente esta sensación de alivio es pasajera ya que cuando pasen los efectos de las sustancias que haya consumido se enfrentará a la realidad de la que ha estado huyendo, y en vez de encontrar solución, probablemente sienta deseos de consumir más y más, incluso los tranquilizantes que son recetados bajo la prescripción médica pueden generar dependencia si no se administran correctamente.

Es recomendable trabajar en conjunto el psicólogo y el médico en el caso de que se administren tranquilizantes ya que en ocasiones el estrés crónico se debe a preocupaciones o situaciones personales que no han sido elaboradas en la vida de una persona.

Cambios en los hábitos laborales

“El exceso de trabajo u otros factores generadores de tensión pueden ser causas de estrés crónico y el malestar que se desencadena podría manifestarse en forma de ineficacia laboral o ausentismo”. (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p. 168).

Ineficacia laboral:

Con frecuencia hemos escuchado que una persona laboriosa y responsable obtiene reconocimiento en su campo laboral, puesto que cumple de manera eficaz con sus tareas; sin embargo si debido a complicaciones en su familia o su salud se siente abrumada y preocupada por lo que le ocurre puede darse una disminución en sus actividades y responsabilidades laborales producto del estrés que se genera. Generalmente los sujetos presentan indecisión, problemas de memoria y falta de concentración que a su vez afecta su rendimiento.

Ausentismo laboral:

El ausentismo laboral con frecuencia se debe a un estado de estrés, preocupación, infelicidad o en ocasiones de rebelión, es decir en el caso de que un sujeto se sobre cargue de tareas y no avance a cumplirlas preferirá no asistir a su actividad laboral para evitar reclamos, puede también ser una forma de responder ante la sobre exigencia de sus jefes, creyéndose incapaz de realizar las actividades encomendadas y rebelarse ante la situación no asistiendo al trabajo.

1.4.6.3. Síntomas físicos del estrés

“Tanto el estrés agudo como el crónico afectan al cuerpo, cuando un sujeto experimenta estrés agudo, su organismo reacciona liberando hormonas asociadas al estrés que generan diversos cambios pasajeros en todo el cuerpo, este tipo de estrés no produce por lo general efectos negativos para la salud, el estrés crónico en cambio puede causar alteraciones físicas peligrosas para el individuo.” (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p. 170)

Reacciones físicas al estrés:

Como ya se ha explicado el estrés está relacionado con la forma en que una persona reacciona ante una situación de peligro, por lo tanto las siguientes respuestas físicas al estrés crónico no son enfermedades, sino la forma que tiene el cuerpo de combatir un exceso de tensión o ansiedad; algunas como la sudoración y los temblores musculares, forman parte del mecanismo normal de la respuesta de lucha o huida.

Sudoración:

“Mediante la transpiración el cuerpo regula su temperatura, la sudoración tiene lugar cuando el calor corporal aumenta”. (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p. 170).

Como sabemos se suda abundantemente cuando hace calor, al practicar algún deporte o también en un estado de ansiedad, miedo o tensión. Ciertos hábitos como morderse las uñas, los labios, tocarse el cabello puede deberse a un intento de aliviar la tensión, cuando el estrés aumenta estos hábitos se acentúan, es por esto que las personas ansiosas actúan así de forma inconsciente.

Palpitaciones:

“Una palpitación es la sensación de tener un latido del corazón más rápido e intenso de lo habitual, y se experimenta como una sensación de agitación o leves sacudidas en el pecho, o bien como si se omitiera un latido”. (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p. 170).

Las palpitaciones se pueden originar debido a un estado de estrés o inquietud extrema. Hay que diferenciar las palpitaciones con un ritmo cardíaco acelerado, pues éste forma parte de la respuesta de lucha o huida del estrés agudo.

Temblores musculares:

En la parte en que se explicó la reacción del organismo ante el estrés agudo se observó que las personas que experimentan este tipo de estrés presentan cambios en el cuerpo, uno de ellos suele ser experimentar temblores musculares, provocados por rápidas contracciones y relajaciones de los

músculos, estas contracciones que son involuntarias se producen en las manos, pies, mandíbulas y cabeza y se dan por el incremento de la hormona adrenalina que corresponde a la respuesta de lucha o huida.

Molestias y dolores

Cuando el cerebro califica una situación como peligrosa, se desencadena un proceso que implica respuestas del organismo ante lo que está viviendo, es así que los músculos de todo el cuerpo se tensan como reacción al estrés agudo, como se explicó sería una especie de respuesta adaptativa que nos prepara para la acción. Sin embargo si el estrés se convierte en crónico el individuo puede empezar a sufrir dolores musculares, de cabeza, mandíbulas, o de espalda.

Jaqueca

“Los dolores de cabeza son muy habituales en las personas, sobre todo por el ritmo acelerado de vida que llevan, es por esto que la tensión hace que los músculos de la cara y el cuello se tensen” (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p. 171). El dolor de cabeza puede durar horas o días, y en ocasiones se manifiesta de un modo intermitente a lo largo de varias semanas, a veces el dolor de cabeza o también llamado jaqueca puede dificultar el sueño.

Dolor de espalda

Datos aportados por la fuente expuesta en la cita anterior indican que en Estados Unidos el 75% de la población siente dolor en algún punto de la espalda, y apenas el 10% de los casos responden a alguna dolencia física, por lo cual exponen que el dolor de espalda puede estar relacionado al estrés, debido a que la tensión que padece un sujeto hace que los músculos de la espalda y los hombros estén rígidos, es por esto que las personas que tienen problemas de espalda notan que este se acentúa en periodos de estrés.

Alteraciones del sueño

El sueño es un momento especial y esencial para el ser humano en donde se relaja física y psicológicamente pues los músculos se relajan, la circulación sanguínea va más lenta, el ritmo de la respiración se vuelve más tranquilo, el nivel de consciencia disminuye.

“Es el organismo mismo el que reclama este estado natural durante el cual el sujeto se repone recuperando energía y despertando descansado, pero cuando existen una serie de pensamientos estresantes que invaden la cabeza del individuo, el sueño puede verse afectado y esto resulta negativo”. (Gran colección de la salud. La salud y la mente, 2004, p. 172).

El sueño interrumpido tiene efectos complicados ya que provoca cansancio durante el día, no se pueden realizar eficientemente las actividades y esto genera más estrés.

Insomnio

Como conocemos el insomnio es la dificultad para conciliar el sueño, por lo que éste síntoma puede ser una reacción transitoria al estrés o un problema persistente, personas que lo padecen se demoran en dormirse o se despiertan en la madrugada y se desvelan durante horas, volviéndose irritables debido al insomnio.

Se debe mencionar que el estrés crónico puede agravar enfermedades adquiridas, complicando su sintomatología, por ello es recomendable tomar terapias anti-estrés para combatirlo.

La sexualidad también puede verse complicada debido al estrés ya que las personas que padecen de este podrían experimentar una apatía sexual o conflictos asociados al mismo como: dificultades de erección, eyaculación precoz, disminución del deseo; debido a que se encuentran preocupados, tienen pensamientos angustiosos en relación a un tema específico por ejemplo el padecimiento de alguna enfermedad catastrófica como el cáncer.

1.4.7. Afrontamiento al estrés

Después de lo expuesto anteriormente se comprende que situaciones agradables como desagradables pueden dar lugar al estrés pues éste en muchos casos es una respuesta del individuo ante una circunstancia percibida como peligrosa por lo que se puede manifestar en todo tipo de personas y a todas las edades; sin embargo es preciso tomar en cuenta que una situación desencadenante de estrés en una persona puede ser un evento neutral para otra; esto depende de cómo sea apreciada la situación, así como de la habilidad que tenga el individuo para manejarla.

“La experiencia y el éxito para manejar situaciones complicadas, la confianza en sí mismo con bases sólidas, la capacidad para permanecer tranquilos y tener los pies sobre la tierra en lugar de dejarse vencer cuando se enfrenta un problema, contribuyen a valorar en forma realista las situaciones y las respuestas que se les den. Estas características son un producto del desarrollo de la personalidad que, a su vez, está influido por las relaciones sociales”. (Sarason, Barbara R y Sarason Irwin, 2006, p.158).

Enfatizan además que las habilidades de afrontamiento, que son formas características para manejar las dificultades, tienen que ver en la manera en que se identifica y se trata de resolver los problemas. Estas habilidades que las personas poseen para las experiencias de la vida: sus expectativas, temores,

deseos tienen influencia sobre la cantidad de estrés que sienten y cómo lo manejan.

1.4.7.1. El proceso de afrontamiento

Cuando un sujeto se enfrenta ante un evento, el mismo es analizado y procesado, como resultado de la valoración surgen los pensamientos, emociones de la persona (planes, temores) y se consideran las estrategias de afrontamiento; el resultado final es alguna respuesta que refleja el nivel de estrés, la vulnerabilidad y los recursos del individuo.

Según Sarason, Barbara R. y Sarason Irwin 2006 en el caso de la vulnerabilidad la misma aumenta la probabilidad de una respuesta desadaptada ante el estrés. En el afrontamiento, las personas usan sus recursos personales para dominar un problema, vencer un obstáculo, responder a una pregunta o resolver una dificultad.

Exponen también que diferentes estrategias de afrontamiento son eficaces en varias situaciones, comúnmente los individuos que tienen un afrontamiento exitoso, cuentan con diversos recursos personales que incluyen las siguientes habilidades:

- Buscar la información adecuada
- Compartir preocupaciones y encontrar consuelo cuando se necesita
- Redefinir una situación de forma que se facilite su solución
- Considerar las opciones y analizar las consecuencias
- Emplear el sentido del humor para hacer menos tensa una situación.

“Las personas que controlan de manera eficaz las situaciones estresantes aprenden a dirigir sus pensamientos hacia líneas productivas y a evitar que el temor y la preocupación las distraigan”. (Sarason, Barbara R. y Sarason Irwin, 2006, p161).

Es decir los sujetos que buscan alternativas para resolver o sobre llevar los conflictos están siendo parte de la solución y no del problema lo cual hace que no se encierren en sí mismos e inclusive busquen apoyo social.

El sistema social incluye personas en las que se pueda confiar, aquellas que hacen saber al otro cuanto lo aman y lo valoran; alguien que se siente parte de un grupo experimenta apoyo. Sarason, Barbara R. y Sarason Irwin 2006 dicen que existen cada vez más evidencias de que las formas inadaptadas de pensar y comportarse ocurren con mayor frecuencia entre las personas que tienen poco apoyo social, particularmente de sus familias. Al parecer serían los fuertes lazos familiares los que fomentan seguridad en el individuo.

Se explica además que el apoyo social no sólo es muy útil durante un período de estrés, si no de igual manera lo es en momentos de tranquilidad relativa. La cantidad y eficacia del mismo para un sujeto que está en circunstancias difíciles y estresantes desempeña un papel tanto en la vulnerabilidad como en el afrontamiento. Es importante tomar en cuenta que la vulnerabilidad al colapso físico y psicológico aumenta a medida que se reduce el apoyo social ya que éste funciona como un amortiguador en situaciones conflictivas de la vida.

“El contar con el apoyo y amor de los seres queridos ofrece la seguridad y confianza para poner a prueba nuevas estrategias y obtener habilidades adicionales para el afrontamiento” (Sarason, Barbara R. y Sarason Irwin, 2006, p162).

Por lo tanto mientras más destrezas tenga un sujeto para enfrentar situaciones estresantes, demandas, frustraciones, y retos que surjan; se encuentra en mejor posición para manejarlas. Las investigadoras citadas anteriormente explican además que la seguridad en uno mismo y la confianza en otros no son sólo compatibles sino complementarias. Enfatizando por tanto que el apoyo social facilita el enfrentamiento a las crisis y la adaptación al cambio.

Si las personas se sienten solas, sin apoyo, ayuda, protección conciben que los demás no se interesan en ellas y esta creencia tiende a aumentar su vulnerabilidad al estrés, en especial en situaciones que demandan la interacción con otras personas (en una enfermedad)

Como se ha visto el proceso de afrontamiento comprende varios factores que interactúan entre sí. La vulnerabilidad, los recursos para el afrontamiento y la percepción del apoyo social disponible; todos ellos son consecuencia de la personalidad del sujeto por ejemplo qué tanto confía en los demás, si acepta ayuda, si se integra al grupo.

Además juega un papel importante experiencias anteriores; es decir si un individuo ha pasado por conflictos de distinta índole, ha perdido a seres queridos, en general si ha aprendido a salir adelante pese a las adversidades del medio, esto le va a favorecer en próximas circunstancias pues tendrá optimismo y seguridad de que podrá sobrellevar las cosas tal como lo hizo en ocasiones pasadas.

1.5. Adaptación

1.5.1. Definición

“Acomodación del comportamiento individual a los modelos de conducta y a las normas que aseguran la cohesión y el funcionamiento del sistema social”.

(Enciclopedia Salvat, 2004, p.122)

Por lo anterior mencionado se comprende que la adaptación de un sujeto a un nuevo estilo de vida implica abandonar hábitos o prácticas que formaban parte de su comportamiento; pues debe ajustarse a nuevas normas dentro del medio en el que debe permanecer, de lo contrario tendrá conflictos ya que puede darse que varios de sus comportamientos sean vistos negativamente en el ámbito al que desea integrarse, y por ello debe lograr otras conductas en relación con las expectativas que se tienen de su nuevo rol.

Cuando se escucha la frase “me estoy adaptando” se entiende que la persona se encuentra atravesando una serie de cambios que probablemente le son desconocidos por lo cual presenta inquietud, temor, incertidumbre; sin embargo, con el tiempo todo puede ir cambiando y la persona se sentirá más serena pues comienza a acomodarse a las nuevas exigencias que se le presentan. Si esto no ocurre se exhibirán una serie de inconvenientes que complicarán la situación.

1.5.2. Adaptación frente al cambio

Según Cortese (2004) *"En el proceso de la adaptación se pueden distinguir cuatro etapas: negación o impacto inicial, defensa, aceptación, adaptación o asimilación"* (p.57)

El autor describe las etapas de la siguiente forma:

Etapa 1 Negación: como su nombre lo indica la persona niega lo nuevo que le ocurre, el individuo percibe un peligro generado por el cambio, siente ansiedad, se le dificulta dominar la nueva situación y prefiere quedarse en el pasado.

Etapa 2 Defensa: el individuo se aferra a las costumbres y tradiciones evitando la realidad, reaccionando con apatía o ira y prácticamente se niega a cambiar, sin embargo puede empezar a realizar una valoración de las ventajas y desventajas que ofrece el cambio y comenzar la etapa de aceptación.

Etapa 3 Aceptación: en esta etapa las respuestas pueden percibirse como malas, y la persona se siente incapaz para impedir el cambio lo cual da paso a que comience a buscar soluciones y a desarrollar nuevas habilidades.

Etapa 4 Adaptación o asimilación: cuando las consecuencias del cambio se hacen evidentes y el individuo asimila lo que le ocurre. Habrá personas que no se adapten al cambio y se queden en alguna de las etapas citadas por ejemplo

en la negación por lo cual presenten dificultades que les impidan desarrollarse normalmente. En este caso sería recomendable recibir apoyo y ayuda profesional así como del medio que los rodea (familia y amigos).

Comentando lo descrito en líneas anteriores; si las personas no se adaptan frente a cambios después de un tiempo considerable, tal vez puedan presentar ausencia de habilidades para resolver problemas, lo cual puede ocasionar inconvenientes a lo largo de su vida, es por ello que el proceso terapéutico podría orientar y motivar a que el paciente vaya adaptándose a su realidad, respetando siempre su expresión de protesta o incomodidad ante las circunstancias.

1.5.3. Trastornos adaptativos

“Por definición, la aparición de un trastorno adaptativo está asociado a la presencia de un acontecimiento vital estresante para el paciente. El mismo puede resolverse o evolucionar hacia un cuadro más severo” (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006, p.152)

Se explica que la reacción puede tomar la forma de un sufrimiento muy marcado, mayor de lo que se esperaría o produce alteraciones significativas en el funcionamiento social u ocupacional.

1.5.3.1. Criterios para el diagnóstico de trastorno adaptativo

El DSM IV TR (2001) expone las siguientes características:

Criterio A: La característica fundamental del trastorno adaptativo es *“el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los tres meses siguientes al inicio del estresante.”* (p.759).

Los estresantes pueden ser: la terminación de una relación sentimental, problemas conyugales, enfermedades, cambiarse de domicilio, fracasar en los objetivos profesionales, entre otros. Hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo por ejemplo ir a la escuela, casarse, ser padres, jubilarse. Los estresantes pueden ser recurrentes por ejemplo en crisis temporales en los negocios o también pueden ser continuos en el caso de vivir en un lugar peligroso.

Criterio B: *“La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social, profesional, o académica”.*

El malestar o el deterioro que una persona padece debido a un trastorno adaptativo se manifiesta frecuentemente a través de una disminución del rendimiento en el área laboral (llega tarde al empleo, pasa cansada, no realiza las actividades eficazmente) en los estudios (incumplimiento de tareas,

ausentismo escolar) o en las relaciones sociales (ya no sale a reuniones como antes solía hacerlo).

Criterio C: El trastorno adaptativo no debe utilizarse si lo que presenta el paciente *“cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I por ejemplo trastorno por ansiedad o del estado de ánimo o si es simplemente una exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o del Eje II”*.

Criterio D: *“El diagnóstico de trastorno adaptativo no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo. Cuando una persona pierde a un ser querido es normal que presente por un tiempo (2-3 meses) sentimientos de tristeza, llanto, insomnio, pérdida de peso, preocupación, inquietud; debido a su sintomatología puede ser que busque ayuda de un profesional por lo que el DSM IV TR considera que esta categoría (la del duelo) debe usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida.*

Criterio E: *“Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del estresante o de sus consecuencias.”* Los síntomas pueden persistir por un periodo prolongado de tiempo por ejemplo más de seis meses si aparecen en respuesta a un estresante crónico como una enfermedad médica incapacitante o a un estresante con repercusiones importantes: dificultades económicas y

emocionales a partir de un divorcio. Es decir si el estresante no desaparece y por ende tampoco sus consecuencias, el trastorno adaptativo persiste.

1.5.3.2. Tipos de trastorno adaptativo

Según el DSM IV TR (2001) los trastornos adaptativos son diagnosticados de acuerdo con el tipo que mejor caracteriza los síntomas predominantes.

- Con estado de ánimo depresivo
- Con ansiedad
- Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo
- Con trastorno de comportamiento
- Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento

Con estado de ánimo depresivo: Este debe usarse como su nombre lo indica cuando las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo: llanto, tristeza, desánimo.

Con ansiedad: Se usa cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud. En el caso de los niños hay miedo a la separación de sus padres o cuidadores.

Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo: Este tipo se usa cuando las expresiones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

Con trastorno de comportamiento: Este debe ser usado cuando la manifestación sobresaliente es una alteración del comportamiento, en la que hay una minimización de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad. Por ejemplo vandalismo, peleas, incumplimiento de las responsabilidades, conducción irresponsable.

Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento: Se lo utiliza cuando las manifestaciones principales son tanto síntomas emocionales (ansiedad, depresión) como trastorno de comportamiento.

El manual indica que la duración de los síntomas puede indicarse mediante la elección de una de las siguientes especificaciones:

Agudo: Se usa esta especificación para indicar la persistencia de síntomas durante menos de seis meses.

Crónico: por definición, los síntomas no persisten durante más de seis meses después de la desaparición del estresante o de sus consecuencias. La especificación crónica se la aplica cuando la duración de la alteración es mayor a seis meses en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con consecuencias permanentes.

1.5.3.3. Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

El manual DSM IV TR (2001) expone que debe tomarse en cuenta el entorno cultural del sujeto al hacer la valoración clínica de si la respuesta individual al estresante es desadaptativa o de si el malestar asociado excede del que cabría esperar. *“La naturaleza, el significado, y la experiencia de los estresantes y la evaluación de la respuesta a ellos pueden variar en las diferentes culturas”*. (p.761) Los trastornos adaptativos pueden presentarse en cualquier grupo de edad y en los dos sexos.

Además indica que en la población adulta, las mujeres son diagnosticadas dos veces más a menudo que los hombres. *“Por el contrario, en niños y adolescentes, los individuos del sexo masculino y femenino tienen la misma probabilidad de ser diagnosticados con este trastorno”* (p.761)

1.5.3.4. Prevalencia

El DSM IV TR (2001) menciona que los trastornos adaptativos son al parecer bastante frecuentes.

“En niños, adolescentes y ancianos la prevalencia del trastorno oscila entre un 2 y un 8%. El trastorno adaptativo se ha diagnosticado en hasta un 12% de los

pacientes ingresados en hospitales y referidos a la consulta de salud mental, en un 10-30% de los que se encuentran en centros ambulatorios de salud mental y en hasta un 50% de poblaciones especiales que han sufrido un acontecimiento estresante (p.ej. cirugía cardíaca)” (p.761).

Se recalca además que las personas con circunstancias vitales complicadas y poco afortunadas experimentan una tasa elevada de estresantes y por lo tanto tienen un riesgo mayor de presentar este trastorno. Por ejemplo personas que enfrenten una enfermedad compleja como el cáncer y sus recursos económicos sean realmente escasos.

1.5.3.5. Curso

El manual indica que la alteración en el trastorno adaptativo empieza dentro de los tres meses del inicio del estresante. Si el estresante es un acontecimiento agudo (p.ej. un incendio en el lugar de trabajo) el inicio de la alteración suele ser inmediato (o en los próximos días) y la duración es relativamente breve (p.ej. unos pocos meses). Si el estresante o sus consecuencias persisten, el trastorno adaptativo puede persistir también. (DSM IV TR, 2001, p.761).

1.5.3.6. Diagnóstico diferencial

“El trastorno adaptativo constituye una categoría residual utilizada para describir alteraciones que aparecen en respuesta a un estresante identificable y

que no cumplen los criterios para otro trastorno específico del Eje I” (DSM IV, 2001, p.762).

Que el trastorno adaptativo constituya una categoría residual quiere decir que se debe determinar si en realidad la sintomatología que presenta un paciente corresponde a este trastorno. Por ejemplo si un sujeto presenta síntomas que cumplen los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor en respuesta a un estresante, el diagnóstico de trastorno adaptativo no es aplicable.

El trastorno adaptativo puede diagnosticarse conjuntamente con otro trastorno del Eje I únicamente si en éste último no hay síntomas característicos de los que aparecen en la reacción al estresante. Por ejemplo una persona puede presentar un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo después de perder un empleo y paralelamente merecer un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo.

“Puesto que los trastornos de la personalidad son acentuados frecuentemente por el estrés, no se suele establecer el diagnóstico adicional de trastorno adaptativo. Sin embargo si en respuesta a un estresante aparecen síntomas que no son característicos del trastorno de la personalidad (p.ej. una persona con trastorno paranoide de la personalidad desarrolla un estado de ánimo

depresivo en respuesta a la pérdida del trabajo) puede ser apropiado el diagnóstico adicional de trastorno adaptativo” (DSM IV, 2001, p.762).

Se explica también que el diagnóstico de trastorno adaptativo requiere la presencia de un estresante identificable a diferencia de las presentaciones atípicas que se diagnosticarían como trastorno no especificado por ejemplo trastorno por ansiedad no especificado. Si los síntomas del trastorno adaptativo persisten durante más de seis meses después de que el estresante o sus consecuencias hayan desaparecido el diagnóstico debe cambiarse al de trastorno no especificado.

El trastorno adaptativo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo demandan la presencia de un estresante psicosocial; sin embargo el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo se caracterizan por la presencia de un estresante extremo.

Además de una constelación de síntomas específicos (intrusividad, evitación, recuerdos recurrentes del suceso que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones) debido a que la persona presenció o le contaron un acontecimiento traumático que representó peligro para su vida o la de personas cercanas a él.

En cambio el trastorno adaptativo puede ser desencadenado por un estresante de intensidad variable; por un suceso simple o complejo y pronunciarse a través de una amplia gama de síntomas posibles.

1.5.3.7. Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

A diferencia del DSM-IV TR que exige que los síntomas se inicien en los 3 primeros meses, los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 para el trastorno adaptativo requieren que éstos se inicien el mes siguiente a la presentación del acontecimiento estresante o cambio vital, y cuando no duran más de un mes, se califican como reacción depresiva breve. Si dura más de seis meses pero no exceden los dos años es una reacción depresiva prolongada.

1.5.3.8. Pronóstico de trastorno adaptativo

“En general, el pronóstico de trastorno adaptativo es favorable si se sigue un tratamiento adecuado. En algunos pacientes, la remisión de los síntomas es muy rápida tras unas cuantas sesiones con terapia de apoyo y en la mayoría se consigue la adaptación a la nueva situación en un plazo de tiempo relativamente breve” (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006, p.153)

Exponen además que algunos grupos de edad, como los adolescentes, suelen requerir más tiempo para la adaptación que los adultos, y corren un mayor riesgo de evolucionar hacia otros trastornos como depresión, abuso de sustancias, entre otros. Señalan también que el indicador más claro de mal pronóstico es la prevalencia de sintomatología conductual. En los niños al parecer el pronóstico es mejor ya que presentan mayor capacidad de adaptación.

Con respecto a lo expuesto en párrafos anteriores es factible mencionar que en el caso de pacientes con cáncer la adaptación al nuevo estilo de vida que implica la enfermedad es más compleja y por lo tanto puede llevar más tiempo ya que las personas dependiendo el caso deben acudir frecuentemente al hospital para realizarse el respectivo tratamiento (radioterapia, quimioterapia, yodo terapia) por lo cual la atención psicológica es esencial ya que puede orientar a que el paciente responda adecuadamente y sobre todo vaya adaptándose a las circunstancias evitando que se desarrolle otro trastorno.

1.5.3.9. Abordaje psicológico del trastorno adaptativo

Existen varias técnicas que pueden ser usadas para contrarrestar los síntomas de los trastornos adaptativos; sin embargo sería importante conocer el tipo de personalidad del sujeto antes de determinar el tratamiento. Por ejemplo en el caso de personas cognitivas el estrés disminuirá si se trabajan técnicas

cognitivo conductuales: reconstrucción cognitiva, resolución de problemas. En personalidades afectivas de tipo histriónico las técnicas sugestivas podrían favorecer al igual que las de relajación.

En un artículo expuesto por el diario electrónico el médico interactivo (Mayo 2007) se encuentra algunas sugerencias para abordar trastornos adaptativos:

“El tratamiento debe tener como finalidad a corto plazo, aliviar los síntomas y ayudar a los pacientes a lograr un nivel de adaptación que iguale, al menos, el nivel de funcionamiento previo a la aparición del factor estresante. A largo plazo, ha de fomentar el desarrollo de mecanismos de adaptación que logren disminuir la vulnerabilidad del paciente ante dichos factores estresantes”.

(Diario electrónico el médico interactivo, Mayo 2007)

Dentro de las opciones que se dan para tratar a los trastornos adaptativos se encuentra la terapia psicológica y el abordaje médico que está referido a fármacos, lo cual no es tan recomendable ya que las personas podrían desarrollar adicción a éstos y a la larga se pueden únicamente enmascarar síntomas o a su vez impedir que se generen cambios positivos en el comportamiento de los sujetos lo cual podría lograrse con orientación psicológica. El malestar exagerado que puede sentir una persona ante un factor estresante puede generarse debido a un mal estilo de afrontamiento.

Por otra parte, no hay estudios que demuestren la eficacia de dichos fármacos en este tipo de trastornos, debido a ello es conveniente para este trabajo desarrollar ampliamente el abordaje psicológico.

Se plantea la psicoterapia individual que tiene como finalidad: *"modificar los estilos de reacción ante las situaciones estresantes, ya sea por un control excesivo (es decir, no se acepta ningún impacto emocional) o por un control pobre (los pensamientos o los sentimientos relacionados con los acontecimientos cargados de estrés son abrumadores)"*. (Diario electrónico el médico interactivo, Mayo 2007)

Se indica además la terapia de familia: ya que los problemas del paciente son el reflejo de una red social alterada que afecta a todos sus miembros y viceversa. Este tipo de tratamiento tiene como finalidad modificar el funcionamiento de la familia. *"Es útil, sobre todo en ciclos vitales del desarrollo cargados de estrés, tanto en adultos (nacimiento de un niño, jubilación) como en niños (escolarización, adolescencia) así como en el caso de recibir el diagnóstico de alguna enfermedad severa"*. (Diario electrónico el médico interactivo, Mayo 2007)

Grupos de ayuda: las experiencias de grupo, en donde los miembros pueden valorar y comparar su reacción ante experiencias similares. Los miembros del grupo se tranquilizan al descubrir que muchas de sus experiencias

emocionales alarmantes son comunes y que, por lo tanto, no están desequilibrados como pensaban.

En lo que corresponde a la terapia individual:

Se explica que para aumentar la eficiencia en las primeras sesiones se debe abordar lo más importante y urgente del trastorno. *“Cuando predomina la sintomatología depresiva lo más importante será la escucha activa, psicoterapia de apoyo y la monitorización de las actividades y aumento paulatino de elementos agradables”*. (Diario electrónico el médico interactivo, Mayo 2007). Cuando predomina la sintomatología ansiosa, lo más conveniente es el entrenamiento en técnicas de relajación.

A continuación se exponen algunas técnicas que son recomendables para trabajar con personas que padecen trastornos adaptativos:

Información sobre el trastorno (esta técnica también es conocida como psicoeducación). En este aspecto sería recomendable explicar al paciente lo que es un trastorno adaptativo; por qué ocurre, qué síntomas presenta. De esta forma las personas podrán conocer el problema que los aqueja e informarse sobre el mismo. Hay sujetos que pueden tranquilizarse al conocer que existe una ansiedad normal que sirve como mecanismo de defensa.

Pues prepara a los sujetos para afrontar situaciones preocupantes o potencialmente peligrosas, también puede ser un indicador de que en el entorno que se desenvuelven las cosas no van bien y deben buscarse soluciones. Aprenden además que si la ansiedad es excesiva y desproporcionada se la considera patológica; y es urgente buscar ayuda a tiempo.

Técnicas de relajación

“Estas técnicas enseñan al paciente a reducir sus niveles de tensión emocional a través de la relajación física aun cuando persista la causa que origina dicha tensión”. Mencionan a la técnica de relajación de Benson, que consiste en entrenar al paciente en la realización de ejercicios físicos de contracción-relajación que le permitan identificar la diferencia entre la sensación de tensión y la de relajación de los músculos, así como tener recursos para relajar dichas zonas cuando estén tensionadas. Lo ideal es que el paciente dedique una media hora diaria a esta actividad.

Técnica de resolución de problemas

La técnica de entrenamiento en resolución de problemas forma parte de las técnicas cognitivo-conductuales que junto con la reestructuración cognitiva y las terapias de afrontamiento, permiten que el individuo tenga medios efectivos

para enfrentarse con los problemas de la vida diaria. *“Esta técnica cobra especial importancia en el abordaje del trastorno adaptativo, puesto que permite ayudar al paciente con un respaldo técnico al enfrentarse al estresor”*. (Diario electrónico el médico interactivo, Mayo 2007)

Reestructuración cognitiva

Para el abordaje de los trastornos adaptativos la terapia cognitivo-conductual es muy útil. *“La reestructuración cognitiva corrige los conceptos distorsionados y anima a la persona a examinar las evidencias a favor y en contra de sus pensamientos y a construir una nueva percepción sobre sucesos específicos”*. (Diario electrónico el médico interactivo, Mayo 2007)

Aumento de actividades placenteras

La programación de actividades placenteras y sociales resulta factible en la medida en que permite al paciente realizar actividades que antes disfrutaba por lo que suponen una motivación para vencer la apatía que puede presentarse en los trastornos adaptativos con sintomatología depresiva.

Se explica que dada su fácil aplicación pueden ser utilizadas desde el primer momento: *“se invitará al paciente a realizar una lista amplia de, al menos, 30 actividades o situaciones que le resulten agradables. El paciente puede pedir*

ayuda a algún conocido o familiar para completarla y planear actividades conjuntas". (Diario electrónico el médico interactivo, Mayo 2007)

Para finalizar se expone que evitar la aparición de recaídas es un objetivo fundamental del tratamiento, para ello es útil entrenar al paciente con el propósito de:

- Conocer qué síntomas y situaciones son de riesgo, en las que la recaída es más probable.
- Conocer las técnicas, actitudes o conductas que puede realizar para contrarrestarlas.
- Saber cuándo las técnicas entrenadas han dado resultado o no, y conocer otras alternativas si no se consigue controlar la situación.

1.5.3.10. Protocolo a seguir durante el trabajo con pacientes oncológicos que padezcan trastorno adaptativo mixto

Antes de iniciar este apartado es lógico mencionar lo fundamental que ha sido estar en contacto con personas que padecen cáncer; pues esto ha permitido entender cuáles son sus necesidades psicológicas y ratificar la importancia de trabajar en equipo: cirujanos, oncólogos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras/os, pacientes y familiares.

Para ofrecer soporte a los pacientes debe existir una comunicación madura entre todos los profesionales mencionados y así brindar un verdadero apoyo a personas que padecen esta enfermedad compleja y riesgosa en muchos de los casos. Es recomendable que el psicólogo clínico realice charlas dirigidas al personal del hospital estimulando a los médicos a fomentar una relación profesional sólida con su paciente y así puedan informar el diagnóstico correctamente; de esta manera las personas podrán entender lo que les sucede y lo más importante sentirán apoyo y confianza con su respectivo oncólogo.

Se debería manejar la psicoterapia breve y de emergencia para intervenir al paciente ya que la misma: *“se limita a pocas sesiones de tratamiento en las que se utilizan técnicas específicas para la consecución de una meta terapéutica concreta”* (Gallar, 2006, p.247)

A continuación se describen algunos pasos esenciales que deben ser tomados en cuenta a la hora de asistir a un paciente oncológico, para así poder intervenirlo adecuadamente.

Entrevistar al paciente

Brindar apoyo emocional al sujeto a penas éste conozca el diagnóstico oncológico, pues el mismo causará impacto, inclusive pueden sentirse desesperados y abatidos por la noticia; aquí resulta oportuno analizar minuciosamente los estilos de afrontamiento que presentan, esto permitirá tener una idea del tipo de personalidad que posean. Intervenir a la familia en el caso de que el paciente este acompañado al recibir el diagnóstico; proporcionar información sobre la enfermedad.

Establecer el diagnóstico psicológico del paciente oncológico

Se llega después de la entrevista psicológica, la exploración de los procesos psicológicos y la aplicación de algunos reactivos que permitan una orientación diagnóstica. Una vez que se ha constatado la presencia del trastorno adaptativo mixto se procede a plantear los objetivos de la terapia

Objetivos del proceso

- Disminuir síntomas y estados emocionales negativos durante la enfermedad; motivar al paciente a preservar una digna apariencia física.

- Evaluar la personalidad del paciente y modificar rasgos que conlleven a conductas peligrosas.
- Valorar el apoyo social percibido en los sujetos, así como los factores de riesgo.
- Establecer la eficacia del estilo de afrontamiento: cómo el paciente sobrelleva su enfermedad, qué le ayuda a sentirse mejor, que actividades sigue realizando.
- Trabajar con la familia para orientarlos y motivar a apoyar al paciente.

Establecimiento de las técnicas a utilizar

Para seleccionar las técnicas se sugiere nuevamente tomar en cuenta el tipo de personalidad. La interacción con pacientes en los que se ha determinado un tipo de personalidad afectiva ha permitido establecer que pueden servir técnicas sugestivas así como las de relajación debido a la ansiedad que genera el ambiente hospitalario.

En personalidades cognitivas resultan útiles las técnicas explicativas, asertivas, se trabaja en brindar información sobre el problema que está enfrentando el sujeto, es decir explicarle en términos sencillos que es lo que padece en lo

referido al cáncer así como al trastorno adaptativo; al psicoeducar a la persona la misma puede enfrentar de mejor forma sus circunstancias actuales.

Los sujetos con personalidades comportamentales responderán mejor si se brindan propuestas concretas y directas que les ayude a disminuir síntomas ansiosos y depresivos, con estos pacientes es óptimo trabajar su nivel de tolerancia, además realizar ejercicios que ayuden a descargar su ira, agresividad, impulsividad

Finalmente respecto a personalidades con déficit relacional es oportuno que el psicólogo motive al aumento de actividades placenteras pues permite que la persona se reintegre al grupo familiar, social; es cierto que en ocasiones debido al tratamiento el paciente debe cuidarse de climas acalorados o fríos pero el encierro por lo general perjudica psíquicamente a la persona por lo cual es necesario que programe actividades con ayuda de personas cercanas en las que se anime al sujeto a disfrutar de eventos que antes solía hacerlo.

Muchos pacientes se aíslan totalmente por vergüenza de su aspecto físico o presentan errores cognitivos reflejados en pensamientos como: "la gente se aleja de las personas con cáncer" en este caso sería excelente optar por técnicas cognitivo conductuales para contrarrestar esas ideas.

Otras técnicas que ayudan considerablemente a la persona hospitalizada: la arte-terapia en lo cual se busca que el sujeto realice alguna actividad mientras está en el hospital puede ser: dibujar, pintar, escribir, tejer, manipular plastilina. Esto ayuda a bajar niveles ansiosos. A la mayoría de pacientes les gusta conversar, interactuar, por lo cual la escucha activa por parte del psicólogo se hace fundamental.

Trabajar con la familia

Hay pacientes que se sienten tristes debido a pensar que son una carga para su familia; al trabajar en grupo se puede alentar la expresión de sentimientos de parte de familiares a pacientes lo cual va a fortalecer al sujeto afectado al sentir muestras de afecto de las personas que lo cuidan.

Trabajar con otros pacientes oncológicos que también presenten trastorno adaptativo mixto

Además de la terapia individual se pueden programar actividades en las que exista contacto con otros pacientes, de esta forma los miembros pueden valorar y comparar su reacción ante experiencias similares, esto da muy buenos resultados puesto que los pacientes reflexionan antes las historias de vida de otros sujetos y el saber que comparten el mismo problema y pese a

esto han salido adelante los motiva y hace que imiten conductas positivas que a los demás les ayudaron en un momento de desesperación.

Evaluar el proceso

Un aspecto elemental dentro del proceso es valorar si los objetivos que se plantearon se están cumpliendo y si en el paciente existe alivio sintomático, es básico tomar en cuenta criterios del paciente así como de la familia y profesionales de la salud: oncólogos, enfermeras-os.

1.5.3.11. Sugerencias para atenuar el estrés en pacientes hospitalizados

Después de haber visto que el trastorno adaptativo se desencadena debido a un factor estresante lo más adecuado para trabajar con el paciente es usar técnicas que permitan contrarrestar al mismo. Gallar 2006 explica: *"el estrés es una reacción necesaria para afrontar diversas situaciones amenazantes, pero si no lo superamos en un tiempo limitado, puede volverse contra nosotros provocando trastornos a nivel físico y psicológico"* (p.201)

Todos los pacientes y fundamentalmente los que se encuentran ingresados en un centro hospitalario, están sometidos a un nivel de estrés que varía en

función de muchos factores: su personalidad, su enfermedad, el entorno familiar y social en el que se desenvuelven. En ocasiones el estrés acaba siendo el principal problema de la enfermedad del paciente por lo que es esencial tratarlo. El apoyo psicológico es un recurso eficaz además de la psicoeducación ya mencionada.

Según Manuel Gallar (2006) las medidas para tratar el estrés son muy diversas; según el caso que se trate puede aplicarse una o varias de las siguientes modalidades:

- a. Afrontamiento adecuado de la causa del estrés: En ocasiones la respuesta del paciente es adecuada y logra compensar el estrés. En otras no enfrenta adecuadamente y presenta negación a la enfermedad, se aísla y evita relacionarse con los demás; aquí es urgente la intervención psicológica para que se le ayude a aceptar su enfermedad y así poder enfrentarla con los debidos tratamientos.

- b. Medidas para disipar la incertidumbre: *“Causante la ansiedad: aquí se hace necesaria la obtención de información”* (Gallar, 2006, p.201). Ya se ha dicho lo importante que es brindar información al paciente para paliar su ansiedad desencadenada por la falta de conocimiento de su situación de enfermedad.

c. Establecer una relación de ayuda con el paciente: "*Muchas personas estresadas encuentran en otras la tranquilidad que desean*" (Gallar, 2006, p.201). Y es que a veces el solo hecho de hablar con alguien, sentir su apoyo y compañía les es suficiente.

d. Evitar los factores que agravan el estrés

- Vida desorganizada
- Alimentación desequilibrada
- Sueño alterado o incompleto
- Ingestión de excitantes: café, té, tabaco
- Discusiones, malas relaciones interpersonales

e. Adoptar medidas higiénico-dietéticas adecuadas:

- Dormir las horas necesarias: al menos 7-8 horas diarias
- Recibir una alimentación completa y equilibrada: comer de todo sin abusar de nada.
- Organizar el tiempo: planificar el día.
- Realizar algún tipo de ejercicio físico, aunque sea mínimo debido a sus circunstancias de salud. En el caso de los enfermos hospitalizados explica que es bueno que se den un paseo por los pasillos, que estiren las piernas o realicen ejercicios de flexibilidad, yoga o similares.

f. Masaje: *“El masaje puede llevarse a cabo en todo el cuerpo o en una parte del mismo donde creemos, por ejemplo, que se concentra la tensión muscular debida a su vez a la tensión emocional”* (Gallar, 2006, p.201). Explica además que es de gran eficacia que el profesional de la salud le realice un masaje breve en el cuello, espalda o piernas ya que afirma, tendrá un efecto tonificante, relajante y empatizante.

g. Tratamiento médico del estrés, mediante fármacos ansiolíticos y/o antidepresivos. En este caso por tratarse de pacientes oncológicos el autor del libro manifiesta que en ocasiones se hace necesaria la administración de medicamentos; sin embargo el psicólogo debería tratar al máximo de reducir la sintomatología a través de la terapia y evitar usar fármacos.

h. Técnicas psicológicas de relajación. En el ámbito de la terapia existen formas muy diversas para afrontar el estrés. Pero no todas ellas son aplicables a la situación de una persona hospitalizada; sin embargo a continuación se exponen las principales técnicas que podrían servir en distintas circunstancias, incluyendo el hogar del paciente.

- Entrenamiento autógeno
- Relajación muscular progresiva
- Relajación creativa

Entrenamiento Autógeno: Se trata de un método de relajación bastante sencillo para el ámbito hospitalario debido a lo breve y sencillo que resulta aplicar.

“Consiste en experimentar una serie de sensaciones corporales propuestas por nuestra mente de forma repetitiva, hasta llegar a autoconvencernos de que sentimos lo que decimos: así, repetiremos 5 veces me siento relajado y en paz conmigo mismo, después haremos lo mismo diciendo: mi brazo derecho es pesado agradablemente pesado, estoy en paz, y así con otras partes del cuerpo hasta completar un ciclo de relajación de una media hora de duración total” (Gallar, 2006, p.201).

Relajación muscular progresiva: Gallar manifiesta que este método es muy conocido incluso por el personal de enfermería ya que es bastante útil para calmar a pacientes que se encuentran contrariados y por ende ansiosos.

“Consiste en experimentar una serie de tensiones y relajaciones de distintos grupos musculares de nuestro cuerpo, dentro de un ambiente sosegado y una vez regularizada la respiración” (Gallar, 2006, p.201). Se explica además que la duración es de veinte a treinta minutos y consta de las siguientes fases:

Primero, la preparación: puede durar de 10 a 15 minutos hay que elegir un lugar tranquilo, sin ruido ni interrupciones. Hay que sentarse y relajarse para posteriormente acostarse boca arriba.

Segundo, regularizar la respiración: dura de 3 a 5 minutos: se explica que hay que hacer la respiración lenta y regular sin esfuerzo. Observar los movimientos respiratorios y la relajación que produce el acto.

Tercero, ejercitar tensiones y relajaciones musculares: Se comienza por las manos, antebrazos, hombros y los demás.

Cuarto, imaginar una escena relajante: aquí se puede recordar algo agradable, relajante que causó gran emoción en la vida y recrearlo cada segundo.

Quinto, finalización: debe ser muy progresiva lo más importante es ir tomando consciencia que está culminando la sesión de relajación; abrir los ojos despacio y apreciar lo que les rodea.

Relajación creativa: esta técnica se basa en recrear en la mente a través de la imaginación un entorno bonito, agradable, relajante como: el campo, la playa, un lugar con nieve, entre otros paisajes.

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

2.1 Antecedentes del problema

Según el Informe de la OMS (Organización Mundial de la Salud) sobre el cáncer: *“en el análisis de la morbilidad más completo realizado hasta la fecha, la incidencia del cáncer podría aumentar en un 50% hasta el año 2020, en el que habría 15 millones de nuevos casos. Sin embargo, el informe también demuestra que los modos de vida saludables y las actuaciones de los gobiernos y de los profesionales sanitarios en el campo de la salud pública pueden frenar esa tendencia y evitar hasta un tercio de los cánceres en todo el mundo”*.

Según datos aportados por la misma fuente el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en el 2008. En nuestro país es común informarse a través de la prensa escrita y televisiva que las cifras de pacientes oncológicos crecen considerablemente, razón por la cual el área de salud del gobierno busca implementar equipos médicos; sería recomendable que también se dé prioridad a la salud mental, la cual se afecta considerablemente ante enfermedades catastróficas en las que hay un desgaste físico y psicológico.

El Departamento de Estadísticas de SOLCA-Ambato 2011 refiere que en Ecuador existe preocupación por el aumento de pacientes diagnosticados con cáncer; los más comunes en las mujeres son de mama y cérvix y los varones de próstata y pulmón, investigaciones demuestran que entre las principales causas se encuentran: inadecuado régimen alimentario, consumo de tabaco, contaminación del líquido vital con metales pesados como cadmio, plomo, entre otros.

Instituciones como el Hospital Doctor Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato que tratan esta enfermedad asisten a más de 100 personas diarias que llegan a la casa de salud ubicada en la parroquia de Izamba en busca de atención ya sea para prevención o tratamiento.

Como se expuso anteriormente existe incremento de pacientes oncológicos en los hospitales; por lo cual dentro del campo psicológico es factible investigar las reacciones de estas personas al recibir el diagnóstico. Algunas debido al impacto de la noticia presentan por días o incluso meses: llanto, desesperación, negación, incredulidad, ira, enojo, rechazo al tratamiento y a las personas que desean ayudarlas; otras en cambio desde el inicio toman el diagnóstico con tranquilidad y buscan alternativas médicas que les ayuden a vivir.

En la actualidad varias investigaciones promueven que ciertos factores psicológicos como los rasgos o estilos de personalidad de los individuos pueden contribuir al origen de varias enfermedades; es por ello que en la presente investigación se buscó aquellos rasgos o estilos de personalidad que favorecen al apareamiento de trastornos adaptativos en pacientes oncológicos, los cuales se desencadenan debido a un factor generador de estrés que en este caso es padecer cáncer.

2.2. Significado del problema

¿Cómo los tipos de personalidad influyen en la prevalencia del trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, en pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C, de la ciudad de Ambato?

2.3. Definición del problema

¿Cuáles son los tipos de personalidad que presentan los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C., de la ciudad de Ambato?

¿Existen trastornos adaptativos mixtos con ansiedad y estado de ánimo depresivo en los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C., de la ciudad de Ambato?

¿Existe relación entre los tipos de personalidad y la aparición del trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C., de la ciudad de Ambato?

2.4. Planteamiento del tema

“Tipos de personalidad y su influencia en la prevalencia del trastorno adaptativo, mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C, de la ciudad de Ambato durante el período Agosto-Noviembre del 2011”

2.5. Delimitación del tema

Delimitación de contenido

- Campo: Psicológico
- Área: Psicopatología

- Aspecto: Tipos de personalidad y trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en pacientes oncológicos

Delimitación espacial:

- Provincia: Tungurahua
- Ciudad: Ambato
- Institución: Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes C.
- Área: Consulta externa y hospitalización
- Dirección: Izamba

Delimitación temporal:

El período en el que se desarrollará la presente investigación es: Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre del 2011.

Unidades de observación: Pacientes oncológicos

2.6. Hipótesis: variables e indicadores

¿Los tipos de personalidad influyen en la prevalencia del trastorno adaptativo mixto con estado ansioso-depresivo, en los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C, de la ciudad de Ambato?

Variables:

Variable independiente: Tipos de personalidad

Indicadores: tipos de personalidad según el modelo integrativo focalizado en la personalidad:

Personalidades con predominio afectivo:

- Histriónica: alegre, seductora, sociable, sugestionable, empeñosa.
- Ciclotímico: emotiva, ánimo variable, generosa, sensible.

Personalidades con predominio cognitivo:

- Paranoide: líder, desconfiada, suspicaz, dominante, organizada.
- Anancástica: Ordenada, normada, concienzuda, perfeccionista.

Personalidades con predominio comportamental:

- Impulsiva: Primaria, perseverante, enérgica, imprudente, impulsiva.

- Antisocial: Agresiva, antisocial, no se arrepiente de lo que hace, sin normas.

Personalidades con déficit relacional:

- Esquizoide: Solitaria, fantaseadora, poco sensible, introspectiva.
- Dependiente: Obediente, evita discusiones, pide consejo, actitud pasiva, busca compañía.
- Evitativa: Temerosa, evita socializar, busca vínculos seguros, reservada, recelosa.
- Esquizotípica: Extravagante, referencial, creencias raras, percepciones inhabituales.

Variable dependiente: Trastornos adaptativos mixtos en los pacientes oncológicos.

Indicadores:

Trastorno Adaptativo con sintomatología mixta (ansio-depresiva)

- Presencia de síntomas depresivos y ansiosos: evitación de situaciones temidas, fumar, comer o beber en exceso, y estado de ánimo afligido

Paciente oncológico ambulatorio

- Condición del cáncer (fase 0, fase 1, fase 2)
- Situación económica
- Estatus social, laboral, familiar con menor deterioro
- Tratamiento quirúrgico y de quimioterapia

Paciente oncológico hospitalizado

- Condición del cáncer en fases avanzadas (3, 4, y recurrente)
- Situación económica
- Estatus social, laboral, familiar significativo
- Tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radioterapia

2.7. Objetivos

2.7.1. Objetivo general

Determinar los tipos de personalidad y su influencia en la prevalencia del trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, en los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C., de la ciudad de Ambato durante el período Agosto-Noviembre del 2011.

2.7.2. Objetivos Especificos

- Seleccionar el universo de pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C., de la ciudad de Ambato para objeto de investigación.
- Establecer los tipos de personalidad en los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C., de la ciudad de Ambato.
- Mostrar la existencia de trastornos adaptativos mixtos con ansiedad y estado de ánimo depresivo en los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C., de la ciudad de Ambato.

- Demostrar la correlación de los tipos de personalidad y la presencia de los trastornos adaptativos mixtos con ansiedad y estado de ánimo depresivo en pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C., de la ciudad de Ambato.

2.8. Métodos a utilizar

La presente investigación comprende un estudio descriptivo, clínico epidemiológico de corte transversal, con un enfoque cualitativo y cuantitativo.

2.8.1. Métodos

Método General: Científico, reclama el análisis reflexivo y crítico.

Método Específico: Descriptivo, en el que se relatan, analizan e interpretan los datos obtenidos, en términos claros y precisos.

Estará apoyada en lo que se recoja de textos, libros y artículos científicos, así como páginas de internet con el propósito de conocer, ampliar, profundizar, diferentes conceptualizaciones, criterios, enfoques acerca del tema planteado.

Pretendiendo realizar un estudio bibliográfico sobre los propuestos teóricos postulados entorno a los tipos de personalidad, así como investigaciones sobre el desarrollo del trastorno adaptativo, los criterios para el diagnóstico, la incidencia, entre otros.

Se tomará contacto en forma directa con la realidad, para obtener información de acuerdo con los objetivos del proyecto, ya que se trabajará con el paciente para poder interactuar con el mismo y obtener datos que ayuden y contribuyan a la investigación.

2.8.2. Técnicas e instrumentos:

2.8.2.1. Técnicas:

➤ Observación

Conocer el fenómeno, reacción del paciente, de la familia, del hospital.

➤ Entrevista clínica

Con el objetivo de interactuar con los pacientes para investigar sus principales estilos de personalidad que podrían influir en el apareamiento del trastorno adaptativo.

Además se realizarán entrevistas a profesionales que laboran en el hospital con el objetivo de conocer de cerca el comportamiento de los pacientes.

➤ Test:

Test para evaluar tipología de personalidad SEAPSI

HAD (Escala hospitalaria para valorar ansiedad-depresión)

2.8.2.2. Instrumentos

➤ Historia clínica

➤ Cuestionario para valorar Trastorno adaptativo

Procesamiento de la información

La población con la que se trabajó fueron pacientes oncológicos con diagnóstico reciente que asistieron al Hospital Doctor Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato en los meses Agosto-Noviembre del año 2011.

Para determinar el diagnóstico de trastorno adaptativo se tomó como referencia los criterios del DSM IV TR; por lo cual se hizo lo siguiente:

A la población total se le administró el cuestionario para valorar trastorno adaptativo, considerando que esta categoría según el DSM IV TR es residual fue necesario descartar otro tipo de patología. Tomando en cuenta esto se administró el HAD (escala hospitalaria para valorar ansiedad-depresión) con los resultados obtenidos se pudo identificar a los pacientes que presentan sintomatología correspondiente a trastornos de ansiedad o depresión lo cual descartó un diagnóstico de trastorno adaptativo pues el criterio C explica que la alteración relacionada con el estrés no debe cumplir las características para otro trastorno específico del Eje I.

La aplicación del HAD permitió además establecer si el trastorno adaptativo era mixto (ansioso-depresivo) esto tomando en cuenta lo que indican las normativas para la utilización de la escala, en donde se menciona que es un

instrumento de detección o cribado, este último término quiere decir que se puede seleccionar o elegir lo que interesa de la información obtenida.

Con la población sobrante se constató a través del cuestionario la existencia o ausencia del trastorno adaptativo mixto por lo que debía cumplirse: en el área para identificar el factor estresante la pregunta 2 ya que reconoce la presencia del mismo (Criterio A).

En el área para valorar el tiempo en que se presentaron el desarrollo de síntomas emocionales y comportamentales la pregunta 9 (Criterio A). En el área para valorar el nivel de percepción de malestar la pregunta 3 considerando que la enfermedad produce fastidio intenso mayor de lo esperable (Criterio B). En el área para determinar síntomas emocionales deben presentarse las preguntas 4 o 5; y para constatar cambios comportamentales las preguntas 7 o 9 (Criterio B).

El criterio C se lo determina mediante la entrevista clínica con el paciente y su familia así como con el diagnóstico diferencial. En el área para descartar duelo la pregunta seis debe ser negativa (criterio D). En la siguiente tabla se expone lo descrito para mejor comprensión del lector.

Tabla de criterios para diagnosticar trastorno adaptativo

Criterio para el diagnóstico de trastornos adaptativos según el DSM IV TR	Cuestionarios para valorar Trastorno Adaptativo	
	Pregunta (s)	Respuesta
La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable.	Evalúa la pregunta 2 del cuestionario: Considera Ud. que la razón principal de sus síntomas: tristeza, desánimo, llanto o disminución de la actividad social, laboral o académica se deben al diagnóstico de su enfermedad.	SI
La sintomatología tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.	Evalúa la pregunta 9 del cuestionario: El desarrollo de síntomas emocionales (tristeza, llanto, desánimo) o comportamentales (disminución de la actividad social o laboral o académica) iniciaron a partir del diagnóstico de su enfermedad.	SI
Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo: Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante	Evalúa la pregunta 3 del cuestionario: El vivir con su enfermedad le produce un malestar intenso, o más fuerte de lo que esperaba.	SI
	Presencia de síntomas emocionales evalúan las preguntas 4 y 5 del cuestionario: 4) En las últimas semanas se ha sentido triste, desanimado, con ganas de llorar.	SI
	5) Últimamente ha experimentado sensación de enfado e irritabilidad	Más en niños
Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).	Presencia de cambios comportamentales evalúan las preguntas 7 y 8 del cuestionario: 7) En las últimas semanas ha disminuido significativamente su actividad social (no sale con sus amigos, ya no conversa como antes) 8) En las últimas semanas ha disminuido significativamente su actividad laboral o	SI (en cualquiera de las dos)

	académica (problemas en su trabajo o estudios)	
La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno del Eje I o el Eje II.	Este criterio se descarta con: La aplicación del HAD (escala hospitalaria para evaluar trastornos depresivos y ansiosos). La entrevista Clínica Diagnóstico diferencial	No cumplir Trastornos depresivos o ansiosos u otras patologías
Los síntomas no responden a una reacción de duelo.	Evalúa la pregunta 6 del cuestionario: Si usted presenta reacciones como: tristeza, llanto fácil, desánimo estos se deben a la muerte de un ser querido.	NO
Especificar si el Trastorno es agudo o crónico Agudo: Si la alteración dura menos de 6 meses. Crónico: Si la alteración dura 6 meses o más	El DSM IV TR explica que por lo general los síntomas persisten por un período prolongado de tiempo (más de seis meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico (p.ej. una enfermedad incapacitante y crónica). El dato del estresante crónico se obtiene de la Historia Clínica médica (diagnóstico de cáncer)	Puede ser agudo o crónico

Fuente Diana Garcés

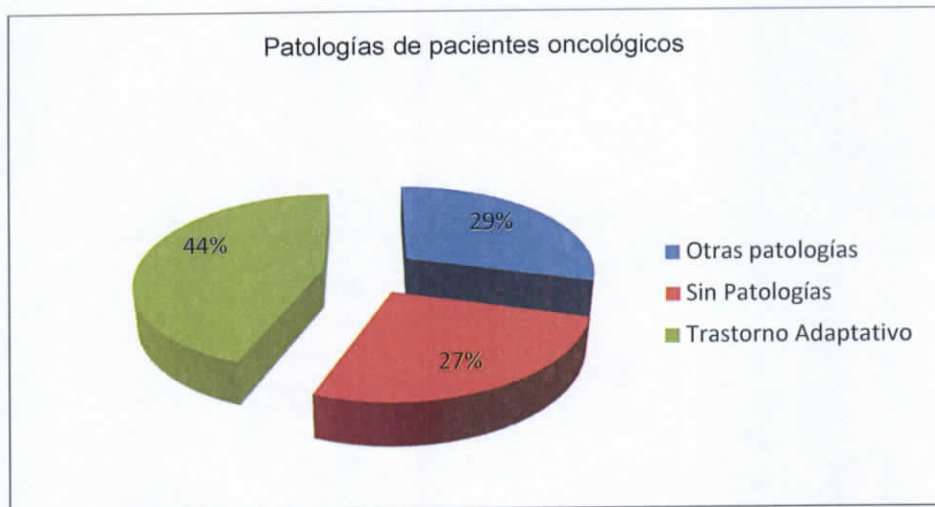
CAPÍTULO III RESULTADOS

3. Resultados de los instrumentos aplicados a la población

Tabla1

Total de pacientes oncológicos atendidos de Agosto a Noviembre del 2011	
Otras patologías	10
Sin Patologías	9
Trastorno Adaptativo	15
Total	34

Gráfico 1



Fuente: Garcés Diana

Diagramación del cuadro 1 correspondiente al número total de pacientes oncológicos atendidos durante el período Agosto-Noviembre del 2011.

Análisis: Como se puede observar en la tabla se atendieron a 34 pacientes con diagnóstico oncológico reciente; para lograr un mejor análisis se decidió separar al total de la población por grupos, así tenemos: Los de sin patología en los que se encuentran 9 sujetos que presentaban síntomas aislados y no cumplían los criterios para un trastorno específico; corresponden al 27%. En otras patologías están 10 pacientes en los que la sintomatología (severa e intensa) no correspondía al de un Trastorno adaptativo o a su vez se obtuvieron puntuaciones altas para depresión o ansiedad lo cual se detectó a través de la aplicación del HAD (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión) corresponden al 29%. Finalmente el grupo con Trastorno adaptativo mixto en el que están 15 pacientes con un 44%.

Interpretación: Recibir un diagnóstico oncológico puede dar lugar a una crisis debido al impacto en el paciente y en consecuencia desplegarse una serie de síntomas como reacción a la noticia, posteriormente el sujeto puede elaborar lo que le ocurre y asimilar sus circunstancias de vida actuales; esto es lo que sucedió en el caso de las personas que no cumplieron los criterios para establecer una patología específica.

Las personas que se sugestionan fácilmente y se dejan llevar por pensamientos tormentosos y por lo tanto negativos se encierran en sí mismas y no buscan disminuir sus niveles de ansiedad; en este caso podrían lograrlo a través de buscar información adecuada sobre el tratamiento al que deben someterse, compartir sus preocupaciones con familiares y profesionales que brinden apoyo emocional además de orientarles a considerar las opciones que tengan y analizar las consecuencias.

En los pacientes que presentaron pensamientos catastróficos y temor por el tratamiento al que debían someterse existían mayores niveles de estrés, lo cual provocó alteraciones en su estado de ánimo hasta desarrollar varias patologías como el Trastorno adaptativo mixto. El estilo de afrontamiento que maneje una persona ante la noticia de una enfermedad puede ayudarlo o tornarlo vulnerable y ansiosa.

Tabla 2

Género de pacientes oncológicos	
Masculino	8
Femenino	26
Total	34

Gráfico 2



Fuente: Garcés Diana

Diagramación del cuadro 2 correspondiente al género de pacientes oncológicos atendidos durante el período Agosto-Noviembre del 2011.

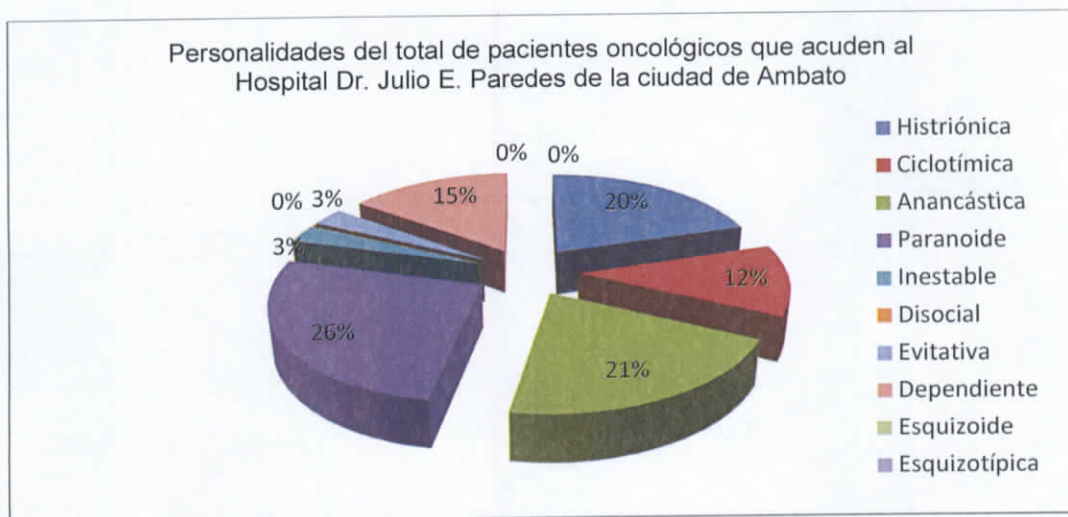
Análisis: El gráfico muestra que de la población atendida en el período Agosto-Noviembre del 2011 el 76% fueron mujeres mientras que el 24% fueron hombres.

Interpretación: En algunas entrevistas que se efectuaron al personal de enfermería se manifestó que en el Hospital de SOLCA Ambato comúnmente existe mayor afluencia de pacientes de género femenino, la mayoría con cáncer de seno y útero; desde el punto de vista psicológico se diría que la mayoría de mujeres generalmente presentan comportamiento histriónico, se preocupan y se sugestionan fácilmente por comentarios o noticias que escuchan, esto genera que busquen más atención médica que los varones y por lo tanto se detecten más enfermedades en ellas que en ellos.

Tabla 3

Grupo de personalidades	Tipos de personalidades	Frecuencia	Porcentaje
Personalidades Afectivas	Histriónica	7	20%
	Ciclotímica	4	12%
Personalidades Cognitivas	Anancástica	7	21%
	Paranoide	9	26%
Personalidades Comportamentales	Inestable	1	3%
	Antisocial	0	0%
Personalidades con déficit en la relación	Evitativa	1	3%
	Dependiente	5	15%
	Esquizoide	0	0%
	Esquizotípica	0	0%
TOTAL		34	100%

Gráfico 3



Fuente: Garcés Diana

Diagramación del cuadro 3 correspondiente a las personalidades del total de pacientes oncológicos que acuden al hospital Dr. Julio E. Paredes de la ciudad de Ambato

Análisis: Como se puede apreciar en el gráfico el 26% de la población estudiada presentó el tipo de personalidad paranoide; el 21% tiene características anancásticas; el 20% registran rasgos de personalidad histriónica; le sigue la dependiente con el 15% mientras que a la ciclotímica le corresponde el 12%; en menores porcentajes se encuentran la inestable y la evitativa con el 3% las dos; finalmente no existieron rasgos antisociales, esquizoides y esquizotípicos por lo que no se registran porcentajes.

Interpretación: El tipo de personalidad paranoide registra un mayor porcentaje en el total de la población estudiada, este dato probablemente puede explicar por qué en la mayoría de pacientes el diagnóstico oncológico dio lugar a una serie de patologías como el trastorno adaptativo mixto; en estos sujetos existe suspicacia, duda, reticencia a confiar en los demás; estas características pueden dar lugar a mayores niveles de ansiedad lo cual genera vulnerabilidad emocional.

La personalidad que le sigue es la anancástica, los sujetos con estos rasgos tienden a reprimir sus sentimientos, a encasillarse en pensamientos obsesivos y no ceder a sugerencias o peticiones que les hacen los demás. Si sus pensamientos están invadidos por ideas negativas sus sentimientos no van ser reconfortables, dando lugar a un estado de ánimo abatido.

En tercer lugar y dentro del grupo de personalidades afectivas se encuentra la histriónica, las personas con estos rasgos pueden destacarse por mostrar facilidad para expresar sus emociones, comportándose en ocasiones dramáticos y con tendencia a la teatralidad. Aquí vale la pena indicar que la mayoría de los pacientes que no presentaron una patología específica presentaron rasgos histriónicos, deduciéndose que probablemente la enfermedad tenía una ganancia secundaria para ellos y se sentían atendidos por los demás siendo el centro de atención.

A continuación se encuentra la personalidad dependiente que pertenece al grupo con déficit relacional; estos sujetos se caracterizan por ser pasivos, sensibles, les incomoda estar solos; administrarse las quimioterapias respectivas implica ir al Hospital y pasar varios días internado,

viendo a su familia pocas horas. La hipersensibilidad que los caracterizan puede dar lugar a estados de ánimo depresivos.

Posteriormente se registra la ciclotímica, los individuos que presentan este tipo de personalidad tienen oscilaciones en el estado de ánimo, en ocasiones se muestran alegres, optimistas, afectivos y en otras tristes, desanimados propensos por lo tanto a caer fácilmente en una depresión o no adaptarse a los cambios repentinos.

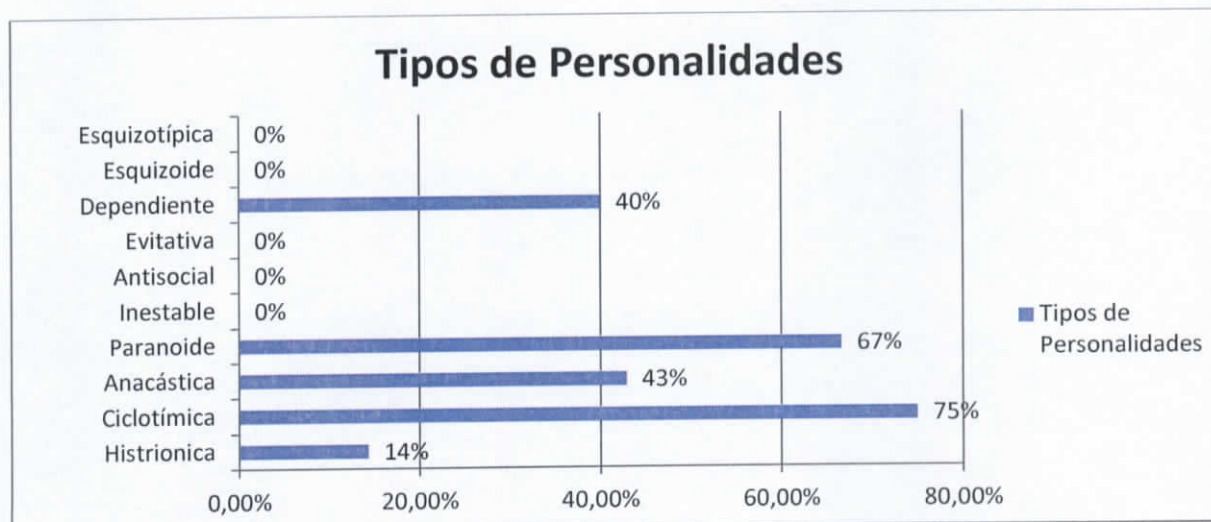
Las personalidades inestables que son impulsivas y con baja tolerancia a la frustración se presentaron en un menor porcentaje en la población estudiada al igual que las evitativas que se caracterizan por ser tímidas, reservadas y con temor a ser rechazados por los demás.

Finalmente no se registraron tipos de personalidades antisociales, esquizoides y esquizotípicos en los pacientes evaluados, la razón podría encontrarse en que los sujetos con estos rasgos suelen tener en realidad bajos porcentajes en la población general y muchas veces no se los identifica en adultos como rasgos sino como trastornos (esquizofrenia o trastorno antisocial) otra razón es que tal vez este tipo de personas no buscan atención médica fácilmente.

Tabla 4

Presencia de Trastorno Adaptativo Mixto Ansiedad-Depresión según Tipo de Personalidad			Porcentaje
Personalidades Afectivas	Histriónica	1	14%
	Ciclotímica	3	75%
Personalidades Cognitivas	Anancástica	3	43%
	Paranoide	6	67%
Personalidades Comportamentales	Inestable	0	0%
	Antisocial	0	0%
Personalidades con déficit en la relación	Evitativa	0	0%
	Dependiente	2	40%
	Esquizoide	0	0%
	Esquizotípica	0	0%
TOTAL		15	

Gráfico 4



Fuente: Garcés Diana

Diagramación del cuadro 4 correspondiente a la presencia de Trastorno Adaptativo Mixto Ansiedad-Depresión según Tipo de Personalidad en pacientes oncológicos que acudieron al Hospital Dr. Julio E. Paredes de la ciudad de Ambato.

Análisis: Las personas que fueron diagnosticadas con Trastorno Adaptativo mixto (Ansiedad-Depresión) tuvieron las siguientes personalidades: Histriónica con el 14%, la Dependiente correspondiente al 40%, Anancástica con el 43%, la Paranoide con un 67% y finalmente con el 75% la Ciclotímica. Se debe tomar en cuenta que de siete pacientes que presentaron tipología histriónica apenas uno de ellos fue diagnosticado con Trastorno Adaptativo mixto por lo que se entiende que este tipo de personalidad en la población estudiada no fue tan propensa a caer en esta patología.

Interpretación: Las razones por las que se considera que estas cuatro personalidades fueron más propensas a desarrollar el Trastorno Adaptativo son:

En el caso de la personalidad ciclotímica los sujetos con este tipo presentan como características un estado de ánimo variable, pasan de estar alegres, optimistas a mostrarse tristes, sensibles, negativos razón por la cual pueden tender a decaerse fácilmente debido a su pesimismo que no les ayuda a adaptarse a la enfermedad; además la literatura indica que estas personas son hipersensibles y sobre todo sugestionables lo cual los vuelve más vulnerables a desarrollar el Trastorno diagnosticado.

En lo que respecta a la personalidad de tipo paranoide, los individuos con estos rasgos se caracterizan por ser desconfiados, suspicaces hay una predisposición a controlar y dominar las situaciones y en este caso su enfermedad no sólo depende de sí mismos si no de otros factores que están fuera de su control lo cual les genera ansiedad y les dificulta adaptarse a la nueva forma de vida que implica cambios debido al tratamiento al que deben someterse; además precisamente por su paranoia crean juicios negativos sobre lo que les sucede, que en ocasiones pesan más que los positivos lo cual genera mayores niveles de estrés.

En cuanto a la anancástica los sujetos con este tipo de personalidad son organizados, concienzudos, programan las actividades y cualquier aspecto que amenace su rutina les genera ansiedad y la enfermedad va a dificultar algunos aspectos de su vida personal, laboral, familiar generando estrés y preocupación; además estas personas presentan ideas recurrentes

y obsesivas que no logran controlarlas fácilmente. En las entrevistas con estos pacientes ellos manifestaban tener constantemente pensamientos referidos a su problema de salud lo cual les generaba gran malestar.

Por último tenemos la personalidad dependiente, las personas con estos rasgos son temerosos, se incomodan al estar solos, buscan protección de otros sujetos, por lo que la enfermedad los vuelve más sensibles agudizando el sentimiento de malestar o abandono que comúnmente presentan al encontrarse solos debido a miedos exagerados a ser incapaces de cuidar de sí mismos.

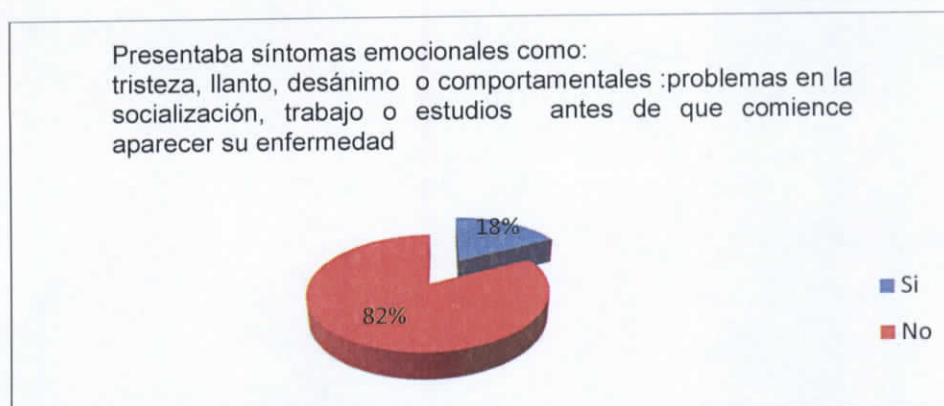
Tabulación del cuestionario para valorar Trastorno Adaptativo mixto (ansiedad-depresión)

Área para identificar el factor estresante

Tabla 5

Preguntas	Respuestas	Porcentaje
Si	6	18
No	28	82
Total	34	100

Gráfico 5



Fuente: Garcés Diana

Diagramación a la pregunta 1 del cuestionario aplicado a los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato (SOLCA).

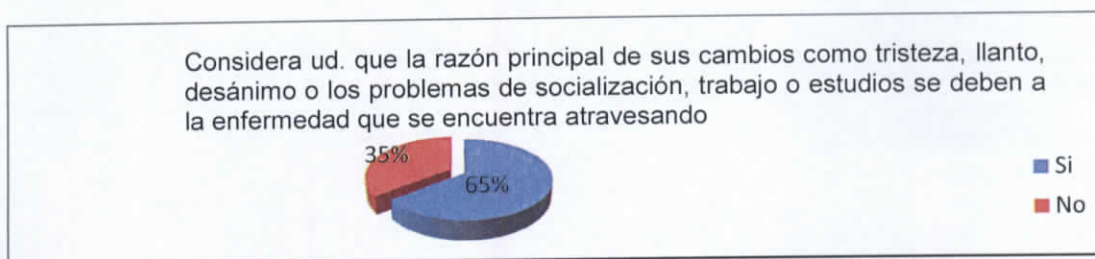
Análisis: Se observa que 28 pacientes que son el 82% se encontraban estables en el área emocional y comportamental antes del inicio de su enfermedad y diagnóstico oncológico. Mientras que a penas 6 sujetos que corresponde al 18% ya presentaban tristeza, desánimo o disminución de la actividad social, laboral o académica previo a la noticia del cáncer debido a múltiples conflictos.

Interpretación: Si la mayoría de pacientes se encontraban estables antes del diagnóstico oncológico, se concluye que la noticia de la enfermedad fue la causa principal que produjo el despliegue de síntomas y consecuentemente cambios emocionales y comportamentales.

Tabla 6

Preguntas	Respuestas	Porcentaje
Si	22	65
No	12	35
Total	34	100

Gráfico 6



Fuente: Garcés Diana

Diagramación a la pregunta 2 del cuestionario aplicado a los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato (SOLCA).

Análisis: El 65% de pacientes refieren que sus cambios emocionales o comportamentales se deben al diagnóstico oncológico y el 35% expone que la noticia del cáncer no es el principal factor generador de estrés. O en otros casos no es un problema que provoque extremado malestar.

Interpretación: A la mayoría la noticia de padecer cáncer afectó considerablemente; cuando un sujeto recibe información del mundo externo que no puede asimilarlo puede sobrevenir desorganización y desequilibrio debido al impacto de la noticia, dando lugar a una serie de síntomas. En este caso los pacientes mostraban desánimo, tristeza o cambios significativos en sus actividades laborales, sociales; es evidente indicar que su tipo de personalidad influye en la reacción puesto que otros pacientes no desarrollaron cambios emocionales o comportamentales significativos reaccionando de forma más tranquila y serena, se puede decir que estas personas se sentían mejor debido a que se centraban en buscar tratamientos que les ayude a combatir su enfermedad, y no se dejaban llevar por pensamientos negativos y recurrentes.

Área para valorar el nivel de percepción de malestar

Tabla 7

Preguntas	Respuestas	Porcentaje
Si	24	71
No	10	29
Total	34	100

Gráfico 7



Fuente: Garcés Diana

Diagramación a la pregunta 3 del cuestionario aplicado a los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato (SOLCA).

Análisis: La tabla indica que al 71% de pacientes vivir con la enfermedad les produce un malestar intenso. Cabe indicar que en este grupo se encuentran las 15 personas que fueron diagnosticados con trastorno adaptativo. De las 10 personas que presentan otras patologías: 9 respondieron que si en esta pregunta pero por la intensidad y tiempo de sus síntomas caen en otros trastornos. En el 29% que dijeron que no: una expuso que sus síntomas se deben a duelo y no a la enfermedad actual; y 9 no presentan patología.

Interpretación: La mayoría de pacientes no se adaptan a la enfermedad sintiendo gran malestar, si tomamos en cuenta que esta afección produce desgaste físico y psicológico debido a los cambios que implica es lógico pensar que los pacientes tienen derecho a sentirse abatidos, tristes y molestos; sin embargo en algunos individuos no hay aceptación a la realidad de vida que están enfrentando, niegan su problema o se irritan y se enfadan por los tratamientos a los que deben someterse lo cual agrava su salud física y emocional.

Área para valorar síntomas emocionales

Tabla 8

Preguntas	Respuestas	Porcentaje
Si	28	82
No	6	18
Total	34	100

Gráfico 8



Fuente: Garcés Diana

Diagramación a la pregunta 4 del cuestionario aplicado a los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato (SOLCA).

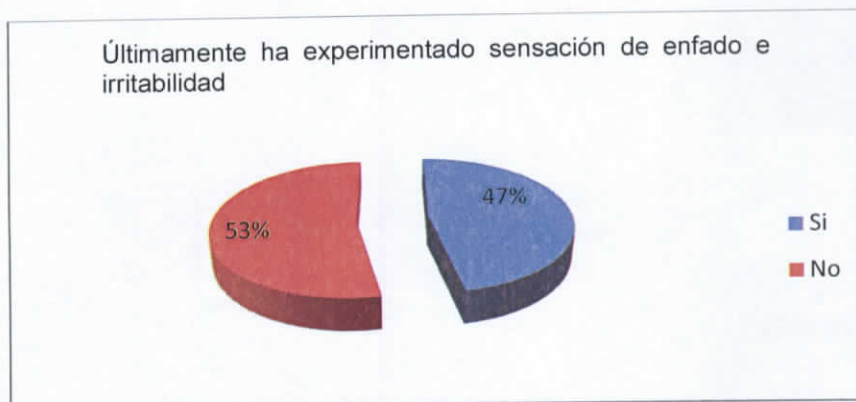
Análisis: 28 de los pacientes que corresponde al 82% en las últimas semanas ha presentado cambios emocionales: 15 por el diagnóstico de trastorno adaptativo mixto, 3 se muestran tristes, desanimados por enterarse que padecen cáncer, sin embargo sus síntomas son aislados y no caen en trastorno; y 10 que a pesar de responder sí a la pregunta cumplen criterios para otras patologías. En el 18% que manifestaron que no: están las 6 personas que se encuentran en el grupo que no presentan patología.

Interpretación: El padecer una enfermedad como el cáncer puede originar síntomas reactivos al diagnóstico debido a tratarse de una afección compleja y desgastante en todo aspecto; sin embargo hay pacientes que responden positivamente y pese a desarrollar síntomas no caen en patología. Esto se debe a varias causas pero en lo que a este proyecto compete se diría que influye considerablemente la personalidad ya que existen sujetos más sugestionables (ciclotímicos) y ansiosos (paranoides) que otros.

Tabla 9

Preguntas	Respuestas	Porcentaje
Si	16	47
No	18	53
Total	34	100

Gráfico 9



Fuente: Garcés Diana

Diagramación a la pregunta 5 del cuestionario aplicado a los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato (SOLCA).

Análisis: Como se puede observar 18 pacientes que corresponde al 53% expresan que no han experimentado sensación de enfado e irritabilidad. Mientras que el 47% que son 16 personas dicen que sí. Cabe recalcar que esta pregunta se la realizó considerando que en la población evaluada podría haber adolescentes ya que el DSM IV TR indica que en ellos el estado de ánimo puede ser irritable.

Interpretación: La irritabilidad puede ser parte de un estado de ánimo depresivo, no obstante comúnmente es un síntoma característico de un niño o adolescente abatido. En este caso surge a partir de la frustración de estar enfermo, sujeto a cambios que impiden realizar las actividades que antes desempeñaba, el tener que ir al hospital, en general debido a los cambios que se dan en su vida actual.

Área para descartar duelo

Tabla 10

Preguntas	Respuestas	Porcentaje
Si	1	3
No	33	97
Total	34	100

Gráfico 10



Fuente: Garcés Diana

Diagramación a la pregunta 6 del cuestionario aplicado a los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato (SOLCA).

Análisis: Los 33 pacientes que corresponde al 97% responden que no y solo una persona que pertenece al 3% refiere que la sintomatología que presenta se debe a un proceso de duelo.

Interpretación: A un paciente que está atravesando por un proceso de duelo y que además se enteró de su diagnóstico oncológico no se le podrá determinar claramente si los síntomas corresponden a la noticia de su enfermedad o a su proceso de duelo. Lo más probable es que el diagnóstico haya agudizado la sintomatología propia de un duelo; en este caso lo más adecuado sería además de brindar terapia realizar seguimiento psicológico y observar cómo evoluciona el cuadro clínico del paciente.

Área para valorar cambios comportamentales

Tabla 11

Preguntas	Respuestas	Porcentaje
Si	20	59
No	14	41
Total	34	100

Gráfico 11



Fuente: Garcés Diana

Diagramación a la pregunta 7 del cuestionario aplicado a los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato (SOLCA).

Análisis: 20 pacientes que pertenecen al 56% contestan que su actividad social ha disminuido significativamente: 15 del grupo con trastorno adaptativo y 5 del grupo que presenta otras patologías. Mientras que el 44% que manifestaron que no y son 14: pertenecen 9 a los que no presentan ninguna patología y 5 al grupo de otras patologías.

Interpretación: Como se expuso en cuadros anteriores a la mayoría de pacientes la noticia del diagnóstico oncológico provocó impacto y desajuste en su equilibrio emocional, dando paso a una serie de síntomas debido al malestar que produce el factor generador de estrés que se expresa en cambios comportamentales como: evitar reuniones de cualquier tipo, no salir con amigos como antes, dificultad para socializar, aislarse de los demás, entre otros.

Tabla 12

Preguntas	Respuestas	Porcentaje
Si	20	59
No	14	41
Total	34	100

Gráfico 12



Fuente: Garcés Diana

Diagramación a la pregunta 7 del cuestionario aplicado a los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato (SOLCA).

Análisis: En esta pregunta según muestra el gráfico 20 personas que corresponde al 41% contestan que su actividad laboral o académica ha disminuido: 11 pertenecen a pacientes diagnosticados con Trastorno adaptativo; 2 al grupo que no tienen patología y 7 al grupo que presentan otras patologías. Por otro lado el 44% que respondieron que no y son 14: pertenecen 7 a los que no presentan patologías; 4 al grupo de trastorno adaptativo; y 3 al de otras patologías.

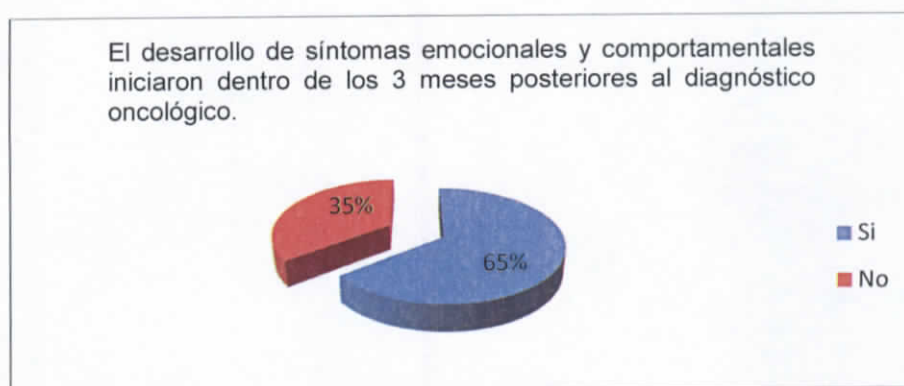
Interpretación: A estas alturas está claro que el trastorno adaptativo mixto se caracteriza por provocar un malestar exagerado como respuesta al factor generador de estrés, razón por la cual los pacientes presentan disminución en el área laboral o académica debido a su estado de ánimo negativo o ansioso, dificultándose su desenvolvimiento en las actividades cotidianas.

Área para valorar el tiempo en que se presentó el desarrollo de síntomas emocionales y comportamentales

Tabla 13

Preguntas	Respuestas	Porcentaje
Si	22	65
No	12	35
Total	34	100

Gráfico 13



Fuente: Garcés Diana

Diagramación a la pregunta 7 del cuestionario aplicado a los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato (SOLCA).

Análisis: El 65% que son 22 pacientes contestan que el desarrollo de síntomas emocionales y comportamentales iniciaron a partir del diagnóstico oncológico; dentro de este porcentaje se encuentran las 15 personas diagnosticadas con trastorno adaptativo, 3 que son del grupo que no tiene patología, y 4 pertenecen a otras patologías.

Interpretación: Como puede apreciarse gran cantidad de pacientes presentaron cambios emocionales y comportamentales en respuesta a la noticia de su enfermedad, siendo éstos respuestas al acontecimiento que produce malestar intenso e incomodidad.

CAPÍTULO IV DISCUSIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS

Para poder obtener los resultados que se mencionaron en el capítulo anterior se tuvieron que cumplir los objetivos que se formularon en la presente investigación: en primer lugar se estableció la población con la que se iba a trabajar; quienes fueron pacientes oncológicos con diagnóstico reciente que acudieron al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C., de la ciudad de Ambato durante el período Agosto-Noviembre del 2011.

Posteriormente se procedió a establecer los tipos de personalidad en los sujetos a través de la aplicación del cuestionario de la SEAPSI; para después comprobar la existencia de trastornos adaptativos mixtos, los cuales se determinaron con el cuestionario basado en los criterios diagnósticos del DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) respaldando así la información que se utilizó para llegar a establecer el diagnóstico de esta patología.

Con el HAD que es una herramienta hospitalaria se pudo detectar sintomatología ansiosa y depresiva, y por supuesto con la entrevista psicológica que ayuda a determinar ciertos comportamientos del paciente. Una

vez realizado esto, se obtuvo información que permitió indicar que personalidades como la ciclotímica, paranoide, anancástica y dependiente fueron más propensas a caer en un Trastorno adaptativo mixto.

En los pacientes con estos rasgos de personalidad se encontraron elementos ansiosos que en niveles altos complica las situaciones estresantes o en sí componentes en la reactividad afectiva que pueden predisponer a ciertas patologías.

A la mayoría de la población estudiada la noticia de padecer cáncer afectó considerablemente; sin embargo en unos sujetos se presentaron patologías como la diagnosticada en este proyecto y en otros simplemente se desplegaron una serie de síntomas aislados en respuesta al factor generador de estrés (diagnóstico oncológico); lo cual puede ser un indicador que confirme lo redactado en líneas anteriores, pues ciertas personalidades tienden a ser más ansiosas que otras que toman las circunstancias difíciles que se les presente en la vida con mayor tranquilidad.

Varios pacientes asimilaban de mejor forma la noticia de su enfermedad mientras que en otros se evidenciaba tristeza, preocupación, inquietud, desesperación lo cual se relacionaba con el tipo de personalidad que presentaban; algo relevante que se pudo observar, es que todos los individuos evaluados manifestaban tener fe y creencia en un Ser supremo que les dotaba

de fortaleza y entusiasmo; los pacientes que se refugiaban mayormente en este dogma enfrentaban de mejor forma su situación de salud actual.

Por lo redactado hasta aquí se puede decir que la hipótesis planteada en este proyecto fue confirmada, pues se demostró que algunos tipos de personalidad influyen en la prevalencia del trastorno adaptativo mixto. Después de haber descrito el proceso que se efectuó para poder desarrollar la presente investigación es posible mencionar que la misma es válida, pues cumple con los parámetros que debían ejecutarse para obtener los datos estadísticos expuestos que brindan resultados confiables de acuerdo a los objetivos planteados, los cuales como se indicó se realizaron.

Finalmente es necesario indicar que los datos obtenidos en esta investigación son aplicables a la población estudiada, si se quisiera generalizar lo expuesto aquí para la población general sería factible un nuevo estudio que compruebe los resultados expuestos.

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones:

- Las personas que fueron evaluadas presentaban diagnóstico oncológico reciente; lo que se buscaba era analizar el impacto de la noticia de padecer cáncer y verificar de esta forma si el tipo de personalidad influía para desarrollar un trastorno adaptativo; determinándose que el 65% de pacientes sufrieron cambios significativos, expresados en síntomas ansiosos o depresivos a partir del diagnóstico de la enfermedad; lo cual constata que la misma los afectó psicológicamente. (Revisar el gráfico 6 en la parte de resultados estadísticos)
- De acuerdo con los resultados que se obtuvieron, la hipótesis planteada en este tema se confirmaría; pues se encontró que personalidades como la ciclotímica (75%), paranoide (67%), anancástica (43%) y dependiente (40%) son más propensas a desarrollar un trastorno adaptativo mixto. (Revisar gráfico 4) Las razones podrían explicarse porque en algunos tipos de personalidad se encuentran elementos ansiosos que en niveles altos complica las situaciones estresantes o en sí componentes en la reactividad afectiva que pueden predisponer a ciertas patologías.

- En algunos casos la noticia de la enfermedad provocó el desarrollo de varias patologías psicológicas; y en otros como ya se menciona en líneas anteriores se determinó el trastorno adaptativo mixto en un 44% en el que se evidenciaba acusado malestar producto del estrés que viven a causa del diagnóstico oncológico, (revisar gráfico 1) desplegándose de esta forma una serie de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta al estresante identificable.
- Los sujetos con rasgos ciclotímicos (75%) eran sugestionables, se entristecían o desanimaban fácilmente y en ocasiones se mostraban pesimistas; en el caso de los pacientes a los que se les diagnosticó trastorno adaptativo mixto (44%) y presentaban personalidades como la paranoide (67%) y anancástica (43%) se observaba preocupación por su familia, por el factor económico, temor por lo que podría venir en un futuro, y sobre todo presentaban ideas recurrentes referidas al diagnóstico de su enfermedad lo cual ocasionaba estrés y malestar. (revisar gráficos 1 y 4)
- Los sujetos con personalidad dependiente (40%) por su parte sufrían al separarse de sus familias y constantemente requerían del cuidado del personal de enfermería; probablemente estos comportamientos de los pacientes que están relacionados con el tipo de personalidad que poseen dificultaban la adaptación a la nueva forma de vida que debían llevar y en consecuencia mostraban incomodidad en respuesta al estrés que padecían.

- Apenas el 27% de pacientes pese a enterarse que padecen cáncer reaccionaron con mayor tranquilidad; si bien presentaron síntomas aislados como tristeza, desánimo, inquietud debido al diagnóstico no se detectó una patología propiamente dicha. (Revisar gráfico 1) En estos pacientes se encontraba actitud positiva, fe, apoyo familiar y menores niveles de ansiedad; a partir de lo observado se podría concluir que esto se debía a la creencia en la existencia de un Ser Supremo, quien les fortalecía y concedía esperanza.

Recomendaciones:

- En relación con lo que se ha concluido es posible indicar que la noticia de padecer cáncer ocasiona gran impacto en la psique de las personas razón por la cual se hace necesario manifestar la importancia de brindar apoyo psicológico a los pacientes oncológicos; el saber comunicar adecuadamente al paciente su diagnóstico es esencial pues según lo que se observó en la investigación la mayoría de personas entran en crisis y en ocasiones distorsionan la información generándose mayor grado de ansiedad y desesperación.
- Saber intervenir correctamente y ofrecer orientación psicológica cuando el paciente más lo necesita permitirá que se sienta apoyado y sobre todo motivado a buscar tratamientos para su enfermedad ya que en muchas ocasiones algunos sujetos debido a no saber enfrentar lo que están viviendo optan por huir de la realidad y regresan al Hospital tiempo después en busca de ayuda y lamentablemente la enfermedad ha avanzado y todo se complica y en consecuencia se despliegan síntomas psicológicos graves que perjudican el cuadro clínico del paciente.
- Relacionarse con la familia y la sociedad influye en el desarrollo de pensamientos y comportamientos parecidos a los demás, a la vez cada persona tiene un particular modo de ser y puede reaccionar de distintas

maneras; sin embargo esas similitudes que encontramos en los individuos hacen que se creen referentes de agrupación que en este caso serían los tipos de personalidad que permite identificar ciertos rasgos que caracterizan en mayor medida a los sujetos; por lo cual identificar el tipo de personalidad que posee un sujeto favorecerá en la terapia psicológica a conocerlo y tratarlo mejor.

- El acercamiento al paciente sería mejor hacerlo de acuerdo a sus rasgos de personalidad, así en el caso de un sujeto que posea un tipo de personalidad cognitiva como la paranoide o anancástica resultaría estratégico la utilización de juicios y razonamientos, en el caso de una persona con rasgos ciclotímicos considerando las oscilaciones en su estado de ánimo se le podría brindar apoyo inmediato con técnicas que permitan atenuar síntomas facilitando el enfrentamiento a la situación dificultosa que está pasando; como se aprecia existen varias ventajas si se toma en cuenta el tipo de personalidad de un sujeto.
- De acuerdo a lo observado en la investigación se puede manifestar que la actitud positiva, la esperanza, la fe, el apoyo y respaldo familiar en todo sentido disminuye sintomatología ansiosa o depresiva lo cual favorece al paciente oncológico y ayuda a enfrentar de mejor forma la situación; además que las personas realicen actividades y tengan tareas que impliquen concentración, motivación y esmero genera entusiasmo en el paciente pues se

siente útil y capaz, evitando de esta forma sentimientos de inutilidad y desánimo que complica la enfermedad que padece.

- Al interactuar con los pacientes se podía notar la necesidad de enriquecerse espiritualmente; la idea de saber que una fuerza superior les dotaba de ánimo, valor, fortaleza contribuía a continuar con tratamientos como la quimioterapia, radioterapia, yodo terapia que en ocasiones provocaba desgaste físico y por lo tanto deseos de dejarlo; a partir de estas observaciones se recomienda respetar la creencia que el paciente divulgue y si es posible estimular a esa convicción que según lo observado genera fortaleza interior.
- Para terminar se hace ineludible expresar que sería recomendable realizar investigaciones posteriores con esta población, para que así se pueda brindar seguimiento a los casos y además se confirmen los datos expuestos en este proyecto con lo cual se pueda generalizar con mayor certeza lo encontrado en esta disertación.

MATERIAL DE REFERENCIA

Bibliografía

Libros:

- Balarezo, Lucio. Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad. Primera edición. Quito-Ecuador. Editorial Unigraf, 2010.
- Caballo, Vicente. Manual de trastornos de personalidad, descripción, evaluación y tratamiento. Primera edición. Madrid-España. Editorial Síntesis, 2004.
- Feldman, Robert. Psicología con aplicaciones en países de habla hispana. Núñez, José traductor. Sexta edición. México. McGraw-Hill Interamericana editores, 2006
- Gallar, Manuel. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Cuarta edición. España. Editorial Thomson, 2006.
- García, M, Gonzales, M y Zamora, P. Oncología Clínica. Fundamentos y patología general. México. McGraw-Hill Interamericana editores, 1992.
- Odriozola, Lewith, Easton entre otros asesores y colaboradores. Gran Colección de la Salud. La Salud y la mente. Tercera edición. Alemania. Plaza y Janés Editores, 2004.
- Oldham, John y Morris, Louis B. Autorretrato de la personalidad. España. Tikal ediciones versión castellana, 1995.

- Otto, Shirley. Enfermería oncológica. Páramo Roberto traductor. Tercera edición. Madrid-España. Editorial Quorum, 1999.
- Papalia, Diane, Wendkos, Sally y Duskin Ruth. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Pineda, L y Núñez José traductores. Novena edición. México. McGraw-Hill Interamericana editores, 2005.
- Salvat Editores y Mediasat Group. La Enciclopedia. 20 Volúmenes. España. Editorial Salvat, 2004.
- Slaikeu Karl. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. México. Editorial Manual Moderno, 1996.
- Sarason Bárbara y Sarason Irwin. Psicopatología, psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. Birget, N y Martínez M, traductores. Undécima edición. México. Editorial Pearson, 2006.
- Valdés Manuel. DSM IV TR. Manual estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. España. Editorial Masson, 2002.

Libros electrónicos:

- Cortese, A, Seyahian, G y Fronti M. Cómo superar la crisis: coaching emocional y organizacional. Editorial Dunken, 2010. ISBN 9789870243748. <http://www.google.com.ec/search?q=abel+cortese&btnG=Buscar+libros&tbm=bks&tbo=1&hl=es>
- Jarne, E, Talarn, A, Horta, E, y Requena E. Psicopatología. Primera edición. Barcelona-España. Editorial UOC, 2006. <http://www.google.com.ec/search?q=Psicopatologia&btnG=Buscar+libros&tbm=bks&tbo=1&hl=es>.
- Morán, Roberto. Educandos con desórdenes emocionales y conductuales. Segunda edición. Estados Unidos. La Editorial Universidad de Puerto Rico, 2006.

http://books.google.com.ec/books?id=_kVlsGxMw0EC&pg=PA209&dq=ansiedad+definici%C3%B3n&hl=es&ei=xGgLT4CBCpLlgge7_PWdAg&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=3&ved=0CEIQ6wEwAg#v=onepage&q=ansiedad%20definici%C3%B3n&f=false

- Riso, Walter. Terapia Cognitiva. Barcelona-España. Ediciones Paidós Ibérica S.A, 2009.
<http://books.google.com.ec/books?id=Tfrv49F8IAC&pg=PA130&dq=autoperpetuaci%C3%B3n+definicion&hl=es&sa=X&ei=nEkLTuwAcafgwfqsv2tAg&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=autoperpetuaci%C3%B3n%20definicion&f=false>

Artículos electrónicos:

- Vía Jeannette y González Maritza. Asistencia psicológica a pacientes oncológicos y su familia. España. 2005
<http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/PSICOLOGIA/PA/A/SISTENCIA%20PSICOLOGICA%20%20A%20PACIENTES%20ONCOLOGICOS%20Y%20SU%20FAMILIA.pdf>

Páginas de internet consultadas:

- Instituto Mexicano de Seguridad Social. Información sobre las etapas del cáncer 2009.
<http://www.imss.gob.mx/salud/Cancer/Pages/etapascancer.aspx>
- Diario Electrónico de la Sanidad. Abordaje de los problemas de salud mental: Trastornos adaptativos ¿cómo actuar en consulta? Valencia-España 2007.
http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2006/temas/tema9/tta8.htm

Glosario

Abatimiento: Humillación, bajeza. Postración física o moral de una persona.

Actitudinal: Referente a actitud.

Actitud: Disposición adquirida con un triple componente cognitivo-afectivo-comportamental que determina una conducta persistente del individuo frente a los estímulos de su medio social y físico. Las actitudes sirven para una mejor orientación, adaptación, defensa, y autorreferencia del individuo en su medio.

Alienación: Desposeer al individuo de su personalidad o deshacer la personalidad del mismo controlando y anulando su libre albedrío para hacer a la persona dependiente de lo dictado por otra persona u organización.

Altruista: Que profesa el altruismo.

Altruismo: Sentimiento o tendencia de hacer el bien a los demás, aun a costa del propio provecho.

Antagonismo: Oposición, rivalidad, especialmente en doctrinas, ideas y opiniones.

Apatía: Indiferencia e insensibilidad afectiva y motivacional, con frecuencia ligada a disfunciones endócrinas o a trastornos psíquicos, especialmente depresivos.

Aquiescente: Que consiente, permite o autoriza.

Asimetría: Disimilaridad en partes u órganos correspondientes a los lados opuestos del cuerpo que normalmente son semejantes.

Biopsia: Extracción y examen, por lo común microscópico, de un fragmento de tejido u órgano vivo para fines diagnósticos.

Carcinógeno: Sustancia que produce o aumenta la posibilidad de desarrollar un cáncer. Los agentes carcinógenos tanto físicos, químicos o biológicos actúan sobre los tejidos vivos de tal forma que producen cáncer.

Clarividencia: Facultad sobrenatural de percibir cosas lejanas o no perceptibles con los sentidos, o de adivinar hechos futuros u ocultos.

Cognitivo: Referido al conocimiento.

Cohesión: Unión de dos elementos. Acción y efecto de adherirse o de reunirse las cosas entre sí.

Déficit: Falta o escasez de algo que se juzga necesario.

Deliberado: Voluntario, hecho con intención y propósito.

Disgregar: Separar, desunir, apartar lo que estaba unido.

Disonancia: Falta de conformidad o proporción que naturalmente deben tener algunas cosas.

Disonancia cognitiva: Cuando existen dos ideas conscientes en el individuo, pero son antagónicas entre sí.

Empatía: Capacidad del individuo para ponerse en el lugar de otro, para llegar a la compenetración emotiva con otros seres, modos de vida o períodos históricos.

Exacerbación: Agravar o avivar una enfermedad, una pasión, una molestia.

Intensificar, extremar, exagerar.

Expansividad: Relativo a la expansión. Que puede o tiende a extenderse o dilatarse ocupando mayor espacio.

Fluctuar: Oscilar, cambiar alternativamente.

Gemelos dicigóticos: popularmente llamados mellizos, son éstos los que se originan por fecundación separada, y más o menos simultánea, de dos óvulos por dos espermatozoides.

Gemelos monocigóticos: Se refiere al caso en que un embrión originado en una fecundación típica, a partir de un único óvulo y un único espermatozoide, se divide accidentalmente en dos durante las primeras fases de su desarrollo.

Gregario: Se dice a quien vive formando grupos o asociaciones.

Hostil: Contrario o enemigo.

Implícito: De lo que se entiende incluido en otra cosa sin expresarlo.

Indefensión: Falta de defensa, situación del que está indefenso.

Incipiente: Que se está iniciando.

Inhibir: Abstenerse, dejar de actuar. En medicina: suspender transitoriamente una función orgánica.

Inmune: Protegido contra ciertas enfermedades.

Impávido: Libre de pavor, sereno ante el peligro, imperturbable.

Metástasis: Aparición de uno o más focos morbosos de células neoplásicas o infecciones a distancia de la localización primaria.

Nocivo: Que no siente miedo y se mantiene sereno ante las situaciones adversas.

Papiro: Planta ciperácea de 2 a 3 m de altura, con tallo en caña rematado por un penacho de flores y largas brácteas que crece junto a los ríos y lagos. En la antigüedad se usó como material de escritura.

Prevalencia: En medicina mide la proporción de personas que en un área geográfica y período de tiempo establecido sufren una determinada enfermedad.

Psicofísica: Ciencia que se ocupa de estudiar las manifestaciones físicas o fisiológicas de los fenómenos psicológicos.

Retraimiento: Condición de la persona poco comunicativa, tímida.

Solícito: Diligente y servicial, sujeto cariñoso y atento con los demás.

Sugestión: Estado psíquico provocado en el cual el individuo experimenta las sensaciones e ideas que le son sugeridas y deja de experimentar las que se le indica que no siente.

Suspicaaz: Propenso a concebir sospechas o a tener desconfianza.

Tensión: Estado anímico de excitación, impaciencia, esfuerzo o exaltación producido por determinadas circunstancias o actividades.

Vandalismo: Destrucción y devastación que no se atiende a ninguna consideración ni respeto.

Anexos

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO-CARRERA DE PSCOLOGÍA

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Fecha..... Nº Historia.....

I. DATOS PERSONALES

Nombre..... CC.....

Edad..... Fecha de nacimiento..... Sexo M↑ F↑

Estado civil S↑ UL↑ C↑ Se.↑ D↑ V↑ Instrucción N↑ P↑ S↑ Su.↑ T↑

Procedencia..... Residencia..... Teléfono.....

Domicilio.....

Profesión..... Ocupación..... Religión.....

Condiciones de atención Propia voluntad SI↑No↑ Solo SI↑NO↑ Consciente SI↑No↑

II. MOTIVO DE CONSULTA O PROBLEMA ACTUAL

.....

Estudio

socioeconómico.....

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

a. Enfermedad actual y

evolución.....

IV. ESTRUCTURA FAMILIAR

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación
.....
.....
.....
.....
.....

Genograma

a. Grupo familiar de origen.....

b. Grupo familiar propio.....

Antecedentes patológicos familiares.....

Familiar responsable.....

V. PSICOANAMNÉSIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA

a. Etapa prenatal.....

b. Etapa natal.....

c. Etapa postnatal.....

d. Infancia.....

e. Pubertad.....

f. Adolescencia.....

g. Juventud.....

h. Adultez.....

i. Madurez y senectud.....

PSICOANAMNÉSIS SOCIAL NORMAL Y PATOLÓGICA

a. Historia escolar.....

b. Historial social.....

- c. Historial laboral.....
- d. Historial psicosexual.....

VI. ANAMNÉSIS MÉDICA

- a. Enfermedades más relevantes.....
- b. Intervenciones quirúrgicas.....

VII. EXAMEN DE EXPLORACIÓN MENTAL

- a. Consciencia.....
- Orientación autopsíquica..... alopsíquica..... Somatopsíquica.....
- Vigilia..... Consciencia de enfermedad.....
- b. Atención.....
- c. Sensopercepciones.....
- d. Memoria.....
- e. Afectividad.....
- f. Inteligencia.....
- g. Pensamiento.....
- h. Lenguaje.....
- i. Voluntad.....
- j. Instintos.....
- k. Hábitos.....
- l. Juicio y razonamiento.....

VIII. REACTIVOS PSICOLÓGICOS

.....

.....

.....

IX. RESULTADOS

.....
.....
.....

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

.....
.....

X. DIAGNÓSTICO

Entidad clínica.....

.....
.....

Personalidad.....

.....

XI. PRONÓSTICO

.....
.....
.....

XII. TRATAMIENTO

.....
.....

XIII. RECOMENDACIONES

.....
.....
.....

CUESTIONARIO PARA VALORAR TRASTORNO ADAPTATIVO

Objetivo: Identificar signos y síntomas del trastorno adaptativo en pacientes oncológicos

Nombre:

fecha:

Área para identificar el factor estresante

1) Ha experimentado manifestaciones como: tristeza, llanto, desánimo y además problemas en su socialización, su trabajo o sus estudios, antes de que comience a aparecer su enfermedad.

Si

No

2) Considera usted que la razón principal de sus cambios como: tristeza, llanto, desánimo y los problemas de socialización, trabajo o de estudios se deben a la enfermedad que se encuentra atravesando.

Si

No

Área para valorar el nivel de percepción de malestar

3) El vivir con su enfermedad le produce un malestar intenso, o más fuerte de lo que esperaba.

Si

No

Área para determinar síntomas emocionales

4) En las últimas semanas se ha sentido triste, desanimado, con ganas de llorar.

Si

No

5) Últimamente ha experimentado sensación de enfado e irritabilidad.

Si

No

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuido como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI

Nombre _____ Fecha _____

Señale las frases con las que más se identifique

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad	
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
p	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente	
	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi	
	Para que yo confie en los demás deben demostrarme lealtad	
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	
	Generalmente impongo mi punto de vista	
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas	
Prefiero mantener mi vida privada en reserva		
c	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar	
	Mi estado de ánimo es muy variable	
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	
	Por las mañanas siento triste y parecería que todo me saldrá mal	
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano	
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno	
	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo	
Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto		
h	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco	
	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía	
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella	
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor	
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable	
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo	
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos	
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta	
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme	
Me gusta ser reconocido por lo que hago		
ev	Me agrada que los demás me vean atractivo	
	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás	
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco	
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío	
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agrandar a los demás	
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado	
	Mi vida social es reducida	
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación	
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales	
Tengo dificultades para hablar de mi mismo ante los demás		
d	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación	
	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado	

	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo	
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen	
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas	
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados	
	Soy obediente ante mis superiores y jefes	
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros	
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante	
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo	
e	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones	
	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales	
	Prefiero hacer las cosas solo	
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas	
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza	
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente	
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan	
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría	
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas	
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás	
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean	
ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común	
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro	
	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás	
	No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza	
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales	
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones	
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás	
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas	
	Temo que los demás quieran hacerme daño	
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real	
ds	Reniego de las normas sociales y legales	
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales	
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas	
	En la niñez solía causar daños a los animales	
	Suelo ser impulsivo al planificar el futuro	
	Cuando estoy con iras expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias	
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas	
	Soy inestable en mis trabajos aún cuando tenga obligaciones económicas	
	No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás	
i	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira	
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades	
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas	
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo	
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento	
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo	
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer	
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado	
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias	
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones	
APRECIACIÓN		