



Rasgos de personalidad y su asociación con síntomas de ansiedad y depresión en paciente con cáncer

Lucas Mateo Herrera Leiva

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA - BOGOTÁ D.C. 2024

RASGOS DE PERSONALIDAD Y SU ASOCIACIÓN CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTE CON CÁNCER

Proyecto presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Psiquiatría

Investigador principal
Lucas Mateo Herrera Leiva
Médico residente de Psiquiatría

Director de trabajo de grado:
Dr. Ricardo Sánchez Pedraza
Médico Psiquiatra- Magíster en epidemiología clínica
Universidad Nacional de Colombia
Investigador Instituto Nacional de Cancerología

Codirectora de trabajo de grado:
Dra. Diana Zulima Urrego Mendoza
Médica epidemióloga – Magíster en Salud Pública
Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud
Universidad Nacional de Colombia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA - BOGOTÁ D.C. 2024

Entre líneas...

Me definiendo

Antes de devorarle su entraña pensativa

Antes de ofenderlo de gesto y de palabra

Antes de derribarlo

Valorad al loco

Su indiscutible propensión a la poesía

Su árbol que le crece por la boca

Con raíces enredadas en el cielo

Él nos representa ante el mundo

Con su sensibilidad dolorosa como un parto

Raúl Gómez Jattin

Resumen

Rasgos de personalidad y su asociación con síntomas de ansiedad y depresión en paciente con cáncer

El funcionamiento de la personalidad determina aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales en los individuos. A partir de esta noción, hallar la compleja interrelación entre algunos rasgos de personalidad y los síntomas de depresión y ansiedad ha representado una fuente de interés significativo en la psiquiatría, de acuerdo con la comorbilidad y las consecuencias de estos fenómenos en términos de diagnóstico, tratamiento y pronóstico. A tal punto que se ha planteado, a raíz de ciertas presentaciones clínicas, un continuum entre algunos grupos de personalidad y síntomas afectivos, sin definir este hecho de manera concluyente.

Con base en esto, se han realizado múltiples estudios que buscan asociación entre los rasgos de personalidad y los síntomas de ansiedad y depresión, que diluciden la importancia de este vínculo y que contribuyan al desarrollo de la práctica clínica.

Objetivo: determinar la asociación entre los rasgos de personalidad y los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología durante los años 2021 y 2022.

Metodología: estudio observacional analítico, de corte transversal, el cual incluyó 399 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología que se encuentren en fase de tratamiento de alguna enfermedad neoplásica, abordadas en los servicios que atienden los tipos de cáncer más frecuentes, mayores de 18 años que aceptaron hacer parte del estudio; a quienes se les aplicaron dos tipos de cuestionarios (Test de Salamanca y DASS-21), en busca de hallar la posible correlación entre los rasgos de personalidad y los síntomas de ansiedad y depresión.

Resultados: estos pacientes tuvieron una edad promedio de 58 años (DE=13.9), en la mayoría de los casos fueron mujeres (69.4%; N=277). La configuración de personalidad más prevalente en este estudio fue la anancástica con 229 pacientes con estos rasgos (57.39%; IC95%: 54.39% a 60.39%), seguida de la histriónica, en

la que se identificaron 157 pacientes con estos rasgos (39.35% (IC 95: 36.35% a 42.35%)) y, de manera relevante, los rasgos de personalidad esquizoide reconocidos en 149 pacientes (37.34%; (IC: 95: 34.34% a 40.33%)). En cuanto a los síntomas de depresión, en primer lugar se encontró la presentación moderada (10.03%, N=40), seguida de la leve (9.77%, N=39), la muy grave (6.52%, N=26) y finalmente la presentación grave (5.26%, N=21); y sobre los síntomas de ansiedad primero se tuvo en cuenta la presentación moderada (15.54%, N=62), seguida de la presentación muy grave (10.28%, N=41), luego la leve (9.02%, N=36) y al final la grave (4.51%, N=18). El análisis multivariado agrupó tres factores, el principal determina la asociación entre rasgos de personalidad y síntomas de depresión y ansiedad, con un hallazgo en particular de ausencia de rasgos de personalidad en correlación con la ausencia de síntomas de ansiedad y depresión.

Palabras clave: rasgos de personalidad, síntomas de ansiedad, síntomas de depresión, paciente con cáncer.

Abstract

Personality traits and their association with symptoms of anxiety and depression in cancer patients.

The functioning of personality determines emotional, cognitive and behavioral aspects in individuals. From this notion, finding the complex interrelationship between some personality traits and symptoms of depression and anxiety has represented a source of significant interest in psychiatry, according to the comorbidity and consequences of these phenomena in terms of diagnosis, treatment and prognosis. To such an extent that a continuum between some personality groups and affective symptoms has been proposed, following certain clinical presentations, without defining this fact conclusively.

Based on this, multiple studies have been carried out looking for associations between personality traits and symptoms of anxiety and depression, to elucidate the importance of this link and to contribute to the development of clinical practice.

Objective: to determine the association between personality traits and symptoms of anxiety and depression in cancer patients at the National Cancer Institute during the years 2021 and 2022.

Methodology: analytical observational study, cross-sectional, which included 399 patients of the National Cancer Institute who are in the treatment phase of a neoplastic disease, addressed in the services that treat the most common types of cancer, over 18 years of age who agreed to be part of the study; to whom two types of questionnaires were applied (Salamanca Test and DASS-21), in order to find the possible correlation between personality traits and symptoms of anxiety and depression.

Results: these patients had a mean age of 58 years (SD=13.9), most of them were women (69.4%; N=277). The most prevalent personality configuration in this study was anancastic with 229 patients with these traits (57.39%; CI95%: 54.39% to

60.39%), followed by histrionic, in which 157 patients were identified with these traits (39.35% (CI 95: 36.35% to 42.35%)) and, relevantly, schizoid personality traits recognized in 149 patients (37.34%; (CI: 95: 34.34% to 40.33%)). Regarding depressive symptoms, moderate presentation was found first (10.03%, N=40), followed by mild (9.77%, N=39), very severe (6.52%, N=26) and finally severe presentation (5.26%, N=21); and on anxiety symptoms first the moderate presentation was considered (15.54%, N=62), followed by the very severe presentation (10.28%, N=41), then the mild (9.02%, N=36) and finally the severe (4.51%, N=18). The multivariate analysis grouped three factors, the main one determining the association between personality traits and symptoms of depression and anxiety, with a particular finding of absence of personality traits correlating with absence of symptoms of anxiety and depression.

Keywords: personality traits, anxiety symptoms, depression symptoms, cancer patient.

Contenido

1. Introducción	10
2. Justificación	12
3. Objetivos	18
3.1 General:	18
3.2 Específicos:	18
4. Marco teórico	19
5. Hipótesis	25
5.1. Hipótesis nula:	25
5.2. Hipótesis alterna:	25
6. Metodología	26
6.1. Tipo y diseño de estudio	26
6.2. Sujetos de estudio	26
6.2.1. Población de estudio	26
6.2.2. Criterios de inclusión:	26
6.2.3. Criterios de exclusión	26
6.2.4. Tamaño de la muestra	27
6.3. Procedimientos del estudio	27
6.3.1. Descripción de las intervenciones:	27
6.3.2. Sitio de investigación	28
6.3.3. Aseguramiento y control de la calidad	29
6.3.4. Análisis estadístico	30
6.3.5. Tabla de operacionalización de variables	31
7. Consideraciones éticas	34
8. Resultados	36
8.1 Características sociodemográficas y clínicas	36
8.2 Prevalencia de configuraciones de personalidad	38
8.3 Niveles de depresión y ansiedad.	39
8.4 Relación entre configuraciones de personalidad y niveles de depresión y ansiedad.	40
8.4.1 Factor 1. Rasgos de personalidad y su relación con síntomas de ansiedad y depresión.	41
8.4.2 Factor 2. Condición socioeconómica y algunos tipos de cáncer	42
8.4.3 Factor 3. Características sociodemográficas y tipo de cáncer	43

9. Discusión	47
10. Conclusiones y recomendaciones	55
11. Limitaciones	59
12. Propiedad intelectual	60
13. Anexos	61
Referencias	65

1. Introducción

La sospecha de un vínculo entre la personalidad y los trastornos del afecto, se puede decir que tiene un acervo secular: desde los desequilibrios humorales planteados por Hipócrates y los temperamentos de Galeno con la asociación a dimensiones corporales, hasta las teorías caracterológicas que se desarrollan desde el siglo XIX, prueban un interés particular por dilucidar la posible correspondencia entre estos elementos (Rimlinger, 2010).

Dentro de esta búsqueda, se ha encontrado que los trastornos de depresión y los trastornos de ansiedad están complejamente interrelacionados con el funcionamiento de la personalidad, en respuesta a ello, se ha considerado que todos pertenecen a un *continuum* de rasgos entre lo normal y lo patológico (Enns & Cox, 1997), a pesar de lo problemático que tiene este tipo de clasificación.

En términos generales, el estudio de esta interrelación ha representado una fuente de investigación desde diversas aristas. Por lo tanto, identificar la posible existencia de aquella relación hace parte de las necesidades que permiten entender parcialmente la formación de un trastorno de ansiedad o depresión, y este hallazgo tomaría importancia en términos de las implicaciones que tienen estas enfermedades mentales en el contexto social, familiar, económico, etc.

Teniendo en cuenta la presunción de que la personalidad confluye en la aparición de algunas alteraciones del afecto, junto con otros elementos, cobra importancia reconocer este hecho dentro de las enfermedades neoplásicas, por las consecuencias emocionales, cognitivas y en el entorno, que desencadenan síntomas de depresión o de ansiedad, tal como la comunidad científica ha logrado evidenciar o como se observa en la práctica clínica cotidiana. De manera que, advertir la existencia de algún rasgo de personalidad vinculado con la aparición de los síntomas que nos interesan, en pacientes con alguna enfermedad oncológica, configura un terreno promisorio en términos del poder predictivo que propicie una intervención temprana para prevenir o tratar el trastorno del humor emergente.

De este logro, se puede destacar la reducción del impacto en la salud mental de los pacientes con cáncer y su representación en la calidad de vida y el funcionamiento social que por sí mismo se ve afectado, pero sin la acentuación secundaria a los síntomas afectivos. En concordancia con lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación a continuación: ¿Existe asociación entre determinados rasgos de personalidad y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer?

2. Justificación

Partiendo del supuesto esbozado anteriormente, existen estudios de neuroanatomía donde se identifica que la corteza cingulada anterior, importante en la aparición del trastorno depresivo mayor por su papel crucial en el procesamiento e integración emocional y cognitiva, interviene en la aparición de ciertos rasgos de personalidad (Foster & MacQueen, 2008). También se han realizado estudios neuroendocrinos, que vinculan alteraciones en el eje hipotálamo hipofisario adrenal con rasgos de personalidad que proporcionan el indicio preliminar de una base neuroendocrina común entre la personalidad y la depresión (Foster & MacQueen, 2008); se ha encontrado que los niveles de cortisol matutino están alterados en voluntarios con neuroticismo, pero no en el nivel de desregulación diurna – nocturna que presentan los pacientes con depresión (Portella et al., 2005).

En cuanto al aspecto molecular, se ha descrito que los niveles séricos de Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF, sigla en inglés) están disminuidos en pacientes deprimidos, hallazgo que se compartió en un estudio con voluntarios sanos con neuroticismo alto, evaluado con el inventario NEO PI-R (Foster & MacQueen, 2008). Sin embargo, donde más se han encontrado evidencias comunes y, en consecuencia, ha merecido mayor investigación, ha sido en el aspecto genético. Algunos estudios lograron evaluar una correlación genética negativa entre el neuroticismo y los individuos con bienestar subjetivo y una correlación positiva entre neuroticismo y síntomas depresivos y de ansiedad (Sanchez-Roige et al., 2017).

Se encuentran estudios de asociación de genoma ampliado (GWAS, por su sigla en inglés) que dan cuenta de numerosas variantes genéticas que coinciden en la depresión y los rasgos de neuroticismo (Adams et al., 2019). Un metaanálisis de GWAS, que incluyó 106.000 pacientes, identificó nueve loci asociados a neuroticismo, entre ellos el receptor ionotrópico glutamato kainato tipo 3 o el receptor 1 de hormona liberadora de corticotropina, la alteración en este último gen se comparte con ratones que tienen comportamientos ansiosos (Weber et al.,

2015); adicional a ello, encontró una fuerte asociación entre neuroticismo y trastorno depresivo mayor, sin diferencias en heredabilidad del neuroticismo en cuanto al sexo (Smith et al., 2016).

La hipótesis monoaminérgica que explica la fisiopatología de la depresión y la ansiedad también está vinculada con los rasgos de personalidad. Así, se han hallado varios genes relacionados con transmisores monoaminérgicos que intervienen en la aparición de ciertos rasgos de personalidad tales como aquellos que codifican para la enzima Catecol o-metiltransferasa (COMT), la enzima Monoamino oxidasa A (MAOA) y la Glutación peroxidasa 1 (GP x 1); por otro lado, también se ha logrado demostrar que algunos polimorfismos en receptores de monoamina, como el 5-HTTLPR y el DRD4, están asociados con rasgos de personalidad (Shao & Zhu, 2020). Recientemente, estudios de laboratorio demostraron asociación entre rasgos de personalidad y el Receptor de neurotensina 1 (NTR1) (Ma et al., 2013) y la fosfoproteína reguladora de cAMP y dopamina (DARPP-32) (Li et al., 2011).

Bajo esta hipótesis se han realizado múltiples estudios epidemiológicos que intentan dilucidar el vínculo entre los rasgos de personalidad y los síntomas de ansiedad o depresión. Algunos estudios dan cuenta de las cifras de comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los trastornos del ánimo. Por ejemplo, parece mayor la prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con depresión crónica, particularmente para el caso de la distimia, se reporta hasta un 50% de comorbilidad con trastornos de personalidad (Rosenbluth et al., 2012). Las guías CANMAT (2012), en su capítulo de recomendaciones para el manejo de pacientes con trastornos del estado de ánimo y trastornos de personalidad comórbidos, sugieren que entre el 35% al 65% de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un trastorno de personalidad comórbido.

En un metaanálisis realizado en el 2010, que indagaba las asociaciones entre los rasgos de personalidad de orden superior, bajo los modelos de personalidad de los Tres y los Cinco Grandes (es decir, neuroticismo, extraversión, desinhibición, escrupulosidad, amabilidad y apertura a la experiencia); y trastornos depresivos, de

ansiedad y por consumo de sustancias, en adultos, que incluyó 175 estudios publicados entre 1980 y 2007, se encontró que los trastornos mencionados fueron altos en neuroticismo y bajos en escrupulosidad. En el caso de la extraversión, se identificó una baja relación con este tipo de trastornos, específicamente con la distimia y la fobia social. La desinhibición se relacionó con unas pocas condiciones, particularmente con el consumo de psicoactivos (Kotov et al., 2010).

Estudios prospectivos previos ratifican la sospecha de que el neuroticismo es un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas y trastornos depresivos y de ansiedad. Un metaanálisis de 59 estudios longitudinales y prospectivos, con 443.313 participantes, probó importantes asociaciones entre el neuroticismo y síntomas o trastornos de ansiedad y depresión (Jeronimus et al., 2016). En un estudio de menores dimensiones, aplicado también a población no clínica, con una muestra que consistió en 106 participantes, a quienes se les aplicó el Inventario Dimensional Clínico de Personalidad (IDCP), el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y el Inventario de Ansiedad de Beck (IAB); se observó que a mayor puntaje en las características patológicas de la personalidad, mayor número de síntomas depresivos y/o ansiosos se identificaban con cada inventario de síntomas aplicado (Carvalho & Arruda, 2016).

En un estudio de cohorte que incluyó 489 universitarios de primer año seguidos durante seis años, a quienes se les aplicó el cuestionario Eysenck de personalidad y, para los trastornos de ansiedad y depresión, los Programas de Entrevista Diagnóstica; se encontró que el neuroticismo identificado en el primer año predijo un mayor riesgo de presentar un primer episodio de trastorno de pánico (TP), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), depresión mayor (TDM) y agorafobia, este último también vinculado con la introversión. En el grupo de los pacientes que desarrollaron agorafobia, TAG o TDM, incrementó el neuroticismo al final del seguimiento (Prince et al., 2020). Otro estudio aplicado también en una comunidad académica, particularmente en estudiantes de último año de secundaria, con 977 jóvenes como muestra, a quienes se les aplicó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y el Inventario de los Cinco Grandes, ratificó el vínculo del

neuroticismo con los posibles signos de ansiedad, depresión y, como una variable nueva frente a lo antes descrito, con el estrés (Vujicic & Randjelovic, 2017).

Esta pesquisa también ha alcanzado a poblaciones particulares que pueden desarrollar factores de riesgo concurrentes a los rasgos de personalidad. Un metaanálisis que buscaba soportar la sospecha de los rasgos de personalidad como factor de riesgo en depresión posparto (DPP), analizó 34 estudios, de los cuales 31 encontraron asociación entre algunos rasgos de personalidad y DPP, por lo que concluyeron que estos sí constituyen un factor de riesgo para desarrollar esta enfermedad y, en especial, el neuroticismo es el rasgo más vinculado con el desarrollo de esta alteración puerperal del ánimo (Puyané et al., 2022).

Otro estudio, aplicado en pacientes ancianos, encontró que los trastornos depresivos de aparición tardía están asociados con una personalidad común: en mayor proporción se identifica al neuroticismo como rasgo preponderante y con una baja relación la escrupulosidad, la extraversión, la apertura a la experiencia y la amabilidad. Asimismo, se reconoce el neuroticismo como el predictor más consistente de la depresión en la vejez, que modifica el curso y el tratamiento, cuando se estudia el tema de la personalidad en este grupo etario (Sadeq & Molinari, 2017). Cabe destacar que, en los dos últimos metaanálisis mencionados, aunque predominan los hallazgos favorables para establecer la relación que se estudia entre personalidad y trastornos del ánimo, la evidencia es heterogénea, por lo que sugieren ampliar lo hasta ahora develado.

En pacientes con enfermedades neoplásicas también se han aplicado algunos estudios. Una investigación que indagaba el impacto de los rasgos de personalidad, la ansiedad, la depresión y los niveles de desesperación en la calidad de vida de pacientes con cáncer de seno, albergó 90 pacientes con el diagnóstico oncológico y 90 mujeres sanas, según los criterios del estudio; en este, aplicaron las escalas de Beck para ansiedad, depresión y desesperación, el inventario de personalidad de Eysenck y el índice de calidad de vida SF-36. Luego de ello, hallaron que las pacientes con cáncer de mama presentaban niveles más altos de ansiedad y depresión, niveles más bajos de calidad de vida y niveles más altos de rasgos de

personalidad patológicos en comparación con el grupo de control. En el grupo de pacientes se identificó, entre otros hallazgos, que hubo una correlación positiva entre las puntuaciones de personalidad neurótica y las puntuaciones de depresión, ansiedad y desesperanza; además de bajos niveles de ansiedad y depresión en pacientes con extraversión como rasgo de personalidad (Ízci et al., 2018).

Otro estudio en pacientes oncológicos, también realizado en mujeres con cáncer de seno, reunió 236 pacientes en busca de establecer si los rasgos de personalidad están asociados con depresión, para lo cual aplicaron las escalas SASB de rasgos de personalidad y la escala de depresión IPAT, dentro de los 8 conglomerados de personalidad que define esta escala los dos más significativos en el estudio fueron el de Amor/Autonomía y el de Control/Odio, así identificaron que las pacientes con rasgos de Amor/Autonomía: son espontáneas, aceptan sus sentimientos más profundos y el deseo de estar cerca de otras personas; muestran un valor medio de autocontrol y una baja tendencia a tener conductas autoagresivas y autocríticas, se prestan atención a sí mismas y a sus necesidades a nivel emocional y físico. Mientras las mujeres con rasgos de Control/Odio: no son espontáneas y no siempre expresan emociones ni flexibilidad en su relación con los demás; en situaciones estresantes, pueden ignorar la posibilidad de crecimiento propio y descuidan sus necesidades y las de los demás. Las mujeres con estos últimos rasgos puntuaron más alto en depresión que aquellas con el perfil Amor/Autonomía (Vespa et al., 2022). Es importante tener en cuenta que, aunque este último estudio aplique escalas diferentes a las que se usan en la mayoría de las investigaciones citadas, grosso modo, encuentra también una relación entre los rasgos de personalidad y los síntomas de depresión y ansiedad.

La relación entre rasgos de personalidad y síntomas o trastornos depresivos y ansiosos trasciende al hecho de lo categorial o lo diagnóstico. Algunos estudios han reconocido diferentes respuestas al tratamiento según los rasgos de personalidad concomitantes al trastorno del estado de ánimo. Así, estudios han encontrado que los pacientes deprimidos sin comorbilidad del eje II comparados con aquellos que sí presentan trastornos de personalidad, tienen una respuesta parcial o tardía a la

farmacoterapia o a la farmacoterapia y psicoterapia juntas (Rosenbluth et al., 2012). Por ejemplo, se ha encontrado que los pacientes con trastorno límite de la personalidad se han vinculado a una respuesta disminuida al tratamiento en pacientes con depresión crónica, aunque la evidencia no es definitivamente concluyente (Bagby et al., 2002). Pacientes con distimia y trastorno de personalidad comórbido, son menos propensos a recuperarse que aquellos sin el trastorno (Hayden & Klein, 2001). Un metaanálisis que buscaba relación entre rasgos de personalidad y respuesta al tratamiento en pacientes deprimidos encontró, a partir de 34 estudios que cumplieron los criterios de inclusión, un doble de riesgo de pobre respuesta al tratamiento en pacientes con depresión y trastorno de personalidad comórbido (Newton-Howes et al., 2006).

En pacientes ancianos con depresión, se encontró que aquellos con menos rasgos de neuroticismo han demostrado respuesta clínica, sobre todo en términos de gravedad, luego de tres meses de tratamiento con terapia cognitivo conductual individual y grupal; mientras que aquellos con más rasgos de neuroticismo tuvieron tiempos de recuperación más prolongados y mayor gravedad de síntomas entre los 3 y los 12 meses (Hayward et al., 2013). De manera que, los rasgos de personalidad no sólo predisponen al individuo a desarrollar síntomas afectivos, para este caso depresivos o ansiosos, o trastornos propiamente dichos, sino que potencialmente podrían interferir en la respuesta al tratamiento.

Por lo tanto, investigar al respecto, con un enfoque en la población que padece enfermedades neoplásicas, representa en principio una fuente de información que expone la importancia de un factor adicional en la formación de síntomas afectivos, hallazgo relevante porque contribuye en el reconocimiento temprano de un posible trastorno depresivo o ansioso; lo que implica un abordaje pronto que reduzca el impacto en la condición clínica y la cotidianidad del paciente. Así, se pueden establecer diferentes alternativas terapéuticas que entiendan las exigencias adicionales de aquellos pacientes, en términos de la complejidad en la respuesta al tratamiento como se expuso previamente.

3. Objetivos

3.1 General:

Determinar la asociación entre los rasgos de personalidad y los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología durante los años 2021 y 2022.

3.2 Específicos:

- Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de la muestra estudiada.
- Estimar la prevalencia de configuraciones de personalidad en los pacientes de la muestra.
- Medir los niveles de depresión y ansiedad en los pacientes de la muestra.
- Evaluar la relación existente entre las configuraciones de personalidad y los niveles de depresión y ansiedad en el grupo de estudio.

4. Marco teórico

Como concepto, la personalidad ha tenido un decurso histórico intrincado, por las múltiples perspectivas que distintos expertos han usado para conformar categorías o dimensiones que estructuren lo que podría ser esta y sus trastornos (Klein et al., 2011). En general, han coincidido en dos elementos constitutivos de la personalidad por definición: el temperamento y el carácter (Akiskal, 1983). La totalidad de las posibilidades afecto-volitivas de reacción que aparecen a lo largo de la vida, constituyen el carácter que, en esencia es cambiante, modificable; mientras el temperamento, que es constante, alberga el sustrato neuroendocrino que constituye la forma de ser (Bennasar, 2022).

La personalidad, de manera simple, describe un patrón relativamente estable de pensamiento, sentimiento y comportamiento que tienen los individuos (DeYoung, 2015); está constituida por una serie de rasgos, que no son algo distinto a características individuales permanentes o relativamente permanentes que determinan las conductas consistentes y particulares de una persona (Vujicic & Randjelovic, 2017).

Para entender este aspecto esencial del humano, se han formulado múltiples teorías que intentan describir con mayor agudeza la constitución de la personalidad. Es el psicólogo T. Ribot considerado el primero en usar el concepto de trastornos de la personalidad en 1885. Posteriormente psiquiatras como Kraepelin, Schneider y Kretschmer (Ekselius, 2018). A partir de entonces se han modelado, prácticamente, tres grandes grupos que organizan rasgos y/o trastornos de la personalidad (Rimlinger, 2010):

1. Los modelos categóricos contemplados en el DSM-V y el CIE-11, que forman los sumarios de diagnóstico consultados con mayor frecuencia por los psiquiatras (Molinera, 2009).
2. Los modelos de origen psicodinámico, donde entienden la personalidad como estructura, en relación con los procesos intrapsíquicos descritos por Freud.

3. Los modelos psicométricos, que consolidan su perspectiva desde aspectos dimensionales, amplían los enfoques generales de abordaje. Estos lograron ser condensados en cinco dimensiones fundamentales, albergadas bajo la sigla OCEAN, que luego intentan ser replanteadas como los Tres Grandes (Hughes et al., 2020). Además del modelo más conservado, propuesto por Cloninger.

Dentro del interés prestado a este tema, los rasgos de personalidad también son relevantes, en relación con el riesgo de aparición de trastornos depresivos o ansiosos (Jeronimus et al., 2016). Entiéndase que, en este escenario, más allá de lo que configura el diagnóstico propiamente dicho de algún trastorno del humor, prepondera la existencia de síntomas de depresión o de ansiedad. De manera amplia, la depresión es el estado emocional que tiene como síntoma cardinal la tristeza y, en concomitancia, puede presentar sensación de inutilidad y culpa, insomnio, pérdida de apetito y del deseo sexual, además de la pérdida de interés y satisfacción por actividades habituales (anhedonia); mientras la ansiedad se caracteriza por un estado desagradable de miedo, preocupación, nerviosismo e irritabilidad (comprendidos estos síntomas dentro del plano conductual y subjetivo), junto con una variedad amplia de síntomas físicos: disnea, palpitaciones, molestias intestinales, entre otros (Vujicic & Randjelovic, 2017; Boland et al., 2022).

A partir del presumible vínculo entre personalidad y síntomas afectivos, se han planteado hipótesis alrededor de su interrelación, así en la bibliografía psiquiátrica se ha reconocido que: la depresión comórbida con algún trastorno de la personalidad tiene pobre respuesta al tratamiento (Newton-Howes et al., 2006), la ansiedad y la depresión son factores que facilitan la acentuación de los rasgos de personalidad o los rasgos de personalidad son elementos que posibilitan la aparición de alguno de estos trastornos afectivos (Prince et al., 2020). Basados en estos supuestos, en el caso de los trastornos depresivos se han propuesto varios modelos que tienen como objetivo entender esta relación (Klein et al., 2011):

- (a) la personalidad y los trastornos depresivos tienen causas comunes.
- (b) los trastornos de personalidad y depresivos forman un espectro continuo.

- (c) la personalidad es un precursor de los trastornos depresivos.
- (d) la personalidad predispone a desarrollar trastornos depresivos.
- (e) la personalidad tiene efectos patoplásticos sobre la depresión.
- (f) las características de personalidad son dependientes del estado depresivo concomitante.
- (g) las características de la personalidad son consecuencias (o cicatrices) de los episodios depresivos.

Estos planteamientos han servido como sustrato para impulsar investigaciones que permitan dilucidar el vínculo entre rasgos de personalidad y trastornos afectivos. Así, desde una perspectiva biológica, se ha intentado encontrar evidencia genética, molecular y, en algunos casos, anatómica que soporte esta relación. Muchos estudios han presentado correlación entre rasgos de personalidad y varias enfermedades mentales, a la cual se le ha denominado “correlación fenotípica” que suma tanto el componente ambiental como el genético (Sanchez-Roige et al., 2017). Por ejemplo, la evitación del daño, como rasgo de personalidad nuclear para el neuroticismo definido por Cloninger, se ha asociado fuertemente con trastorno obsesivo compulsivo, trastornos alimentarios y otras enfermedades psiquiátricas (Shao & Zhu, 2020); mientras el neuroticismo *per se*, se ha relacionado con el desarrollo de ansiedad y depresión (Barlow et al., 2014).

En general, es posible encontrar un respaldo bibliográfico suficiente que establezca una relación entre la aparición de síntomas depresivos y ansiosos con rasgos de personalidad; sin embargo, estos hallazgos no han sido ratificados en la población de pacientes que sufren enfermedades neoplásicas. Es fundamental reconocer que la depresión y la ansiedad hacen parte de las respuestas emocionales comunes en el contexto del cáncer. En una revisión narrativa, del año 2020, destacaron la conexión epidemiológica entre la depresión y las enfermedades malignas que identifica que la frecuencia de la depresión, en pacientes con cáncer, supera significativamente al de la población general y, aún en materia de estudio, se

encuentra mayor frecuencia de desarrollo de cáncer y mayor mortalidad por esta causa, en pacientes con depresión (Szelei & Döme, 2020).

Según los resultados de un metaanálisis, la prevalencia puntual de Trastorno Depresivo Mayor entre los pacientes con cáncer fue del 14,3% (usando el DSM como herramienta diagnóstica) o del 16,5% (usando el CIE-10 como herramientas diagnósticas) (Pitman et al, 2018; Rivest, 2019), valores que superan la frecuencia que se puede medir en la población media (Pitman et al, 2018). Esto, teniendo en cuenta el cáncer como experiencia traumática que, por sus consecuencias, se experimenta como un escenario peligroso para la vida (Valderrama Rios & Sánchez Pedraza, 2018).

Por otro lado, un metaanálisis que incluyó más de un millón de pacientes halla una relación entre el riesgo de desarrollar cáncer con la depresión, particularmente en cáncer de hígado y pulmón, pero concluye que este hecho no es definitivo de manera que faltan estudios que aclaren la asociación (Jia et al., 2017). En un estudio se encontró que la depresión tiene asociación con la recurrencia, la mortalidad por todas las causas y por el cáncer en sí mismo, en pacientes con cáncer de seno, mientras la ansiedad se asocia sólo a recurrencia y mortalidad por cualquier causa en esta misma población, lo que permite considerar que el hallazgo de síntomas se relaciona con pobre pronóstico (Wang et al., 2020).

En cuanto a la ansiedad, se ha visto que es mayor en pacientes que han vivido por más de dos años con el diagnóstico de cáncer, posiblemente debido a los estresores que confluyen y al deterioro de la salud (Mitchell et al., 2013). La manifestación de este espectro de síntomas que conocemos como ansiedad, en el caso de los pacientes que padecen cáncer, puede estar fuera de una categoría diagnóstica y se experimenta debido al impacto que tiene la neoplasia sobre el paciente (Curran et al., 2017). La presencia de estos síntomas, en pacientes con cáncer, aumenta el reporte de peores síntomas físicos, incluyendo mayor cansancio, náuseas, dolor, dificultad para respirar, deterioro social y en la función cognitiva, y mala calidad de vida; además, puede interferir en el tratamiento y la toma de decisiones. Estos pacientes tienen mayor dificultad para comunicarse con el equipo de salud, peor

adherencia y respuesta al tratamiento, junto con hospitalizaciones más prolongadas y mayor mortalidad (Trevino et al., 2021).

Los rasgos de personalidad en pacientes con cáncer también han sido estudiados. Se ha indicado la posible asociación entre el desarrollo del cáncer y ciertas personalidades, con unos estudios y hallazgos heterogéneos, que parten de supuestos como la presencia de estrés emocional, que se gestiona de una manera diferente según los rasgos de personalidad, y tiene un fundamento neuroendocrino que incluye dentro de la patogénesis del cáncer al estrés (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1999; Antoni et al., 2006). Otra apuesta, en relación con la personalidad como factor de riesgo para la aparición del cáncer, está basada en los estilos de vida, algunos hábitos como el consumo de alcohol o tabaco al que están expuestos en mayor proporción pacientes con ciertos rasgos de personalidad sirvieron como posible sospecha, sin hallazgos concluyentes al respecto (Turhal et al., 2013)

Apoyando en estas teorías, por ejemplo, un estudio informó que las personas con niveles más bajos de neuroticismo y en puntuaciones de ansiedad, tenían un mayor riesgo de cáncer de mama, esto por una atenuada exposición emocional, que representa mayor exposición al estrés (Morris et al., 1981). Sin embargo, otro estudio realizado en población finlandesa y sueca no halló implicación de la personalidad en la mortalidad, ni tampoco vínculo alguna de las personalidades como un factor de riesgo (Nakaya et al., 2010).

La personalidad también tiene importancia en la experiencia de vivir con cáncer y determinará parte de la conciencia de enfermedad junto con las consecuencias que tiene asumirse y entenderse luego de recibir este diagnóstico, tanto el individuo afectado, como su entorno. Por ejemplo, en un estudio aplicado al binomio paciente con cáncer de pulmón y su respectivo cuidador, se encontró que pacientes con neuroticismo, como personalidad, tienen una relación negativa con la aceptación de su propia enfermedad, lo que incrementa la depresión en el paciente y el estrés en el cuidador que también puede desencadenar síntomas de depresión; en contraste, un cuidador extravertido se relaciona con reducción de la depresión en el paciente y una menor dificultad en el cuidado (H. Wang et al., 2021).

Esto permite insistir que la enfermedad trasciende a la experiencia exclusiva del que la padece y evidencia su relación con el contexto (Sontag, 2012). De acuerdo con la personalidad del paciente, la experiencia interna del paciente se exterioriza y se puede transmitir a cuidadores, familiares y el personal de la salud mismo, a quienes puede provocarles sentimientos fuertes de compasión o rechazo, según la disposición adaptativa que propicie sus rasgos, que se evidencia en la comunicación con los otros y el acto de facilitar las intervenciones en general (McFarland, 2019).

El número de estudios que investigan los rasgos de personalidad y los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer es escaso. También, es poca la información que propone a la personalidad como un factor de riesgo en la aparición de los trastornos de ansiedad y depresión que, como se vio, es más frecuente en pacientes con cáncer.

5. Hipótesis

5.1. Hipótesis nula:

no hay asociación entre los rasgos de personalidad y los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer.

5.2. Hipótesis alterna:

hay asociación entre los rasgos de personalidad y los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer.

6. Metodología

6.1. Tipo y diseño de estudio

Se plantea como un estudio observacional analítico de corte transversal.

6.2. Sujetos de estudio

6.2.1. Población de estudio

El estudio incluyó pacientes del Instituto Nacional de Cancerología que se encuentren en fase de tratamiento entre febrero de 2021 y diciembre de 2022.

6.2.2. Criterios de inclusión:

A los pacientes de la población de estudio se les aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- Asistir al Instituto Nacional de Cancerología para tratamiento de algún tipo de cáncer en alguno de los siguientes servicios: Oncología clínica, Hemato-Oncología, Ginecología, Urología, Gastroenterología, Seno y tejidos blandos, Dermatología (se seleccionaron estos servicios por recoger los tipos de cáncer más frecuentes).
- Ser mayor de 18 años.
- No tener alteraciones sensoriales, documentadas en la historia clínica institucional, que le impidan al paciente comprender y responder las escalas.

6.2.3. Criterios de exclusión

A los pacientes de la población que cumplan con los criterios de inclusión se les aplicaron los siguientes criterios de exclusión:

- No aceptar participar en el estudio.

6.2.4. Tamaño de la muestra

De acuerdo con el estudio de Román Mella (2014), base para la adaptación de la escala DASS, en el que se reportaron medias y desviaciones estándar mayores para la categoría de estrés, y similares en las categorías de ansiedad y depresión, se plantean los siguientes escenarios para el cálculo del tamaño de muestra:

Categorías de depresión y ansiedad: Un análisis con pruebas ANOVA con varianzas desiguales repartidas en tres grupos de personalidad (A, B, C), teniendo como hipótesis nula que las medias del puntaje son iguales dentro de los tres grupos, y como hipótesis alterna que las medias son 5, 6 y 7, con desviaciones estándar de 4, 5 y 6 respectivamente, tomando un poder del 80% y una significación del 5%, requiere muestras de, al menos, 121 pacientes por grupo (N total de 363 pacientes). Los anteriores cálculos se realizaron con el programa PASS 2021®.

6.3. Procedimientos del estudio

6.3.1. Descripción de las intervenciones:

La intervención consistió en la aplicación de una serie de instrumentos que no se utilizan en la práctica clínica habitual y que se van a utilizar en esta investigación para medir variables consideradas de interés. Estos instrumentos son:

Test de personalidad de Salamanca: Es un cuestionario de tamización de rasgos de personalidad que cuenta con 22 ítems respondidos con dos opciones (falso-

verdadero) y que permite diferenciar tres agrupaciones de características de personalidad: Excéntrico – Dramático – Ansioso. Dentro de cada una de las tres categorías se pueden diferenciar algunas agrupaciones de tipos de personalidad que están incorporadas en los sistemas DSM V o CIE 10. El instrumento se ha utilizado para evaluar prevalencia de configuraciones de personalidad en atención ambulatoria (Giner Zaragoza et al., 2016) (Anexo 1). Se incluye dentro de las mediciones teniendo en cuenta la literatura que informa que determinadas agrupaciones de personalidad pueden relacionarse con síntomas de ansiedad y depresión. Cada una de las configuraciones no son excluyentes entre sí, esto se explica en que cada paciente puede tener varios rasgos de personalidad que constituyan distintas configuraciones caracteriales. Para que dichos rasgos constituyeran una conformación de personalidad significativa se estableció como puntaje ≥ 3 para cada tipo.

Escala DASS-21: El instrumento se ha utilizado para determinar prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en diversas partes del mundo y ha sido validada en Colombia. Es un instrumento de autorreporte que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en varios estudios. Cuenta con 21 ítems medidos en una escala entre cero y tres y ofrece puntos de corte para medir, principalmente, gravedad de trastornos o de síntomas depresivos o ansiosos, aunque también es posible evaluar estrés patológico (Ruiz et al., 2017). Las dos subescalas de interés para el estudio cuentan con una serie de ítems que determinan la puntuación, en el caso de la ansiedad se evalúan 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21; en el caso de la depresión se evalúan y 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20 (Anexo 2). De acuerdo con los puntajes se establece la siguiente clasificación:

- Depresión: menor a 5 sin depresión, 5-6 depresión leve, 7-10 depresión moderada, 11-13 depresión grave, 14 o más depresión muy grave.
- Ansiedad: menor o igual a 3 sin ansiedad, 4 ansiedad leve, 5-7 ansiedad moderada, 8-9 ansiedad grave, 10 o más ansiedad muy grave.

6.3.2. Sitio de investigación

El sitio donde se efectuaron los diferentes procedimientos contemplados en el estudio fue el Instituto Nacional de Cancerología, específicamente en las oficinas del grupo de Investigación Clínica. Las mediciones de rasgos de personalidad y síntomas de ansiedad y depresión se realizaron en los diferentes servicios seleccionados para tal fin; adicionalmente se efectuaron las mediciones de variables clínicas y sociodemográficas en los sistemas electrónicos institucionales.

Previo al inicio de recolección de datos, se redactaron los manuales de procedimientos para la medición y grabación de variables. También se diseñaron formatos para sistematizar la recolección de información de los pacientes incluidos en el estudio.

6.3.3. Aseguramiento y control de la calidad

Como se mencionó previamente, se dispuso de un formato físico diseñado para registrar las mediciones de las diferentes variables contempladas en el estudio, tanto las derivadas de la aplicación de instrumentos, como las disponibles en los registros de historia clínica electrónica del Instituto Nacional de Cancerología; a partir de dichos registros, uno de los investigadores realizó la grabación de las variables del estudio en la plataforma REDCap.

Adicionalmente, otro investigador efectuó, de manera independiente, el mismo registro de las variables en dicha plataforma. Previo al análisis estadístico de los datos, se buscaron las discrepancias entre las dos versiones para resolverlas con base en nueva consulta de registros físicos o electrónicos, para de esta manera disponer de una versión definitiva, válida y confiable de los datos recolectados.

La información de los pacientes se manejó de forma estrictamente confidencial solo teniendo acceso a la misma los investigadores que contaran con la firma del acuerdo de confidencialidad; adicionalmente se efectuó un procedimiento de anonimización de la información correspondiente a cada paciente. Se cumplió con todos los criterios de buena práctica de investigación clínica. El servicio de Monitoria

del INC E.S.E verificó la calidad del dato y avaló los datos recogidos garantizando su validez y confiabilidad. La información correspondiente al presente estudio fue grabada, administrada y salvaguardada en el sistema REDCap disponible en el Instituto Nacional de Cancerología. Solo se utilizó para fines del cumplimiento de los objetivos de la presente investigación.

Archivo de datos y sistematización: El equipo de investigación efectuó el diseño de los Formatos de Recolección de Casos, los cuáles, como ya se mencionó, fueron ingresados a una base en el sistema RedCap, de forma semanal. Para garantizar la calidad del registro se realizó doble digitación y se verificó contra formato físico las inconsistencias dos veces al mes.

6.3.4. Análisis estadístico

El procedimiento relacionado con el componente descriptivo del estudio (objetivos específicos 1 al 3) supone efectuar estadísticos de resumen acordes con la naturaleza de las variables (medias o medianas junto con sus correspondientes medidas de dispersión para el caso de variables continuas, o valores absolutos y porcentajes para el caso de variables categóricas).

Para el caso del objetivo específico 4 (Evaluar la relación existente entre configuraciones de personalidad, y niveles de depresión y ansiedad en el grupo de estudio) se empleó el método de correspondencias múltiples como técnica de análisis multivariado para explorar las relaciones entre variables, mayormente de naturaleza categórica. Esta metodología facilita la configuración de perfiles definidos por múltiples variables en función de la similitud o proximidad entre sus diversas categorías. De esta manera, se logra la identificación de grupos con significado clínico específico a través de la combinación de las categorías de las variables, incluyendo su comportamiento en el caso de variables continuas.

La representación espacial bidimensional de los perfiles se realiza en un plano cartesiano con un polo positivo y otro negativo. En este plano, se pueden ubicar las distintas modalidades de las variables, proporcionando una visión gráfica de las

relaciones entre ellas. Durante este análisis, se destacan dos grupos de variables: las activas, que participan en la construcción de los ejes factoriales, y las suplementarias o ilustrativas, que enriquecen la interpretación de los ejes factoriales después de su construcción.

Para describir la posible asociación de interés en pacientes con cáncer, se consideraron las variables clínicas y epidemiológicas en diferentes distribuciones: principalmente los rasgos de personalidad como variables activas, mientras que los síntomas de ansiedad y depresión como variables ilustrativas. La representación gráfica revela las agrupaciones de variables activas que forman diversas tipologías. Estas representaciones visuales permiten observar cómo se proyectan sobre cada factor o eje las variables activas, identificadas por cuadrados rellenos de diferentes tamaños (rojos), y la variable nominal ilustrativa, señalada con cuadros vacíos (azules). Los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPAD®. La fuente de medición de las variables será la entrevista efectuada al paciente junto con la búsqueda de los registros consignados en los sistemas electrónicos de información clínica del Instituto Nacional de Cancerología.

6.3.5. Tabla de operacionalización de variables

Sociodemográficas			
Edad	Edad en años cumplidos	Continua	Años cumplidos
Fecha de nacimiento	Variable de fecha	dd/mm/aaaa	
Sexo	División biológica de los humanos en dos grupos: mujer o hombre	Cualitativa nominal	1 Masculino 0 Femenino
Tipo de régimen de seguridad social	Régimen de salud al cual pertenece	Cualitativa nominal	1 Contributivo 2 Subsidiado 3 Especial 4 No asegurado 5 Excepción 6 Indeterminado
Escolaridad	Años de educación cursados	Continua	Valor numérico en años, entero positivo
Estrato socioeconómico	Nivel socioeconómico reconocido por el paciente o cuidador	Ordinal	1 2 3 4 5 6

Pareja estable	Presencia permanente de una persona reconocida como pareja	Nominal	1 Si 0 No
Localización de residencia	Residencia en zona urbana o rural	Nominal	0 Urbano 1 Rural
Municipio de residencia	Denominación del municipio donde habita	Nominal	Nombre del municipio
Clínicas			
Diagnóstico oncológico	Tipo de neoplasia diagnosticada	Nominal	Nombre del diagnóstico registrado, con confirmación patológica
Fecha de diagnóstico	Día, mes y año en que sucede el evento	Variable de fecha	dd/mm/aaaa
Fecha de primera consulta en el INC	Día, mes y año en que sucede el evento	Variable de fecha	dd/mm/aaaa
ECOG	Escala de funcionalidad desarrollada por grupo ECOG	Cualitativa ordinal	0 ECOG 0 1 ECOG 1 2 ECOG 2 3 ECOG 3 4 ECOG 4 5 ECOG 5
Tratamiento recibido quimioterapia	Tratamiento instaurado para tratamiento de la patología oncológica	Nominal	1 Si 0 No
Tratamiento recibido radioterapia	Tratamiento instaurado para tratamiento de la patología oncológica	Nominal	1 Si
Tratamiento recibido inmunoterapia	Tratamiento instaurado para tratamiento de la patología oncológica	Nominal	0 No
Tratamiento recibido 2cirugía	Tratamiento instaurado para tratamiento de la patología oncológica	Nominal	1 Si
Fecha inicio tratamiento quimioterapia	Día, mes y año en que sucede el evento	Variable de fecha	dd/mm/aaaa
Fecha inicio tratamiento radioterapia	Día, mes y año en que sucede el evento	Variable de fecha	dd/mm/aaaa
Fecha inicio tratamiento inmunoterapia	Día, mes y año en que sucede el evento	Variable de fecha	dd/mm/aaaa
Fecha inicio tratamiento cirugía	Día, mes y año en que sucede el evento	Variable de fecha	dd/mm/aaaa
Resultado test de Salamanca*	Puntaje de cada uno de los subgrupos del instrumento	Nominal	Mayor a tres: rasgos predominantes

			Menor a tres: rasgos no predominantes
Resultado Dass 21 subescala depresión*	Puntaje en la subescala	Nominal	menor a 5 sin depresión, 5-6 depresión leve, 7-10 depresión moderada, 11-13 depresión grave, 14 o más depresión muy grave.
Resultado Dass 21 subescala ansiedad*	Puntaje en la subescala	Nominal	menor o igual a 3 sin ansiedad, 4 ansiedad leve, 5-7 ansiedad moderada, 8-9 ansiedad grave, 10 o más ansiedad muy grave.

*Estas variables se derivan de la aplicación de instrumentos que no hacen parte rutinaria de la historia clínica y serán administrados a los pacientes por miembros del grupo de investigación.

7. Consideraciones éticas

Esta investigación observacional analítica de corte transversal se enmarca y se rige por los principios del código de Núremberg, la declaración de Helsinki y demás consensos internacionales que protegen la integridad del ser humano en el transcurso de una investigación científica. Con ello se busca garantizar todos los derechos y conferir la libertad, seguridad, tranquilidad y confidencialidad para todos aquellos que hagan parte de esta investigación.

Además, la legislación del Estado colombiano por medio de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Protección Social, delimita nuestras actuaciones como investigadores y con base en las características del proyecto de investigación, se considera que tiene un riesgo mínimo, en concordancia con el artículo 11 de esta norma; dado que se realizarán algunas evaluaciones que abordan aspectos vitales de carácter privado a través de la aplicación de cuestionarios, pero no se aplicará ninguna intervención ni se modificarán los manejos médico-quirúrgicos indicados para los pacientes incluidos. Cabe destacar la ausencia de cualquier costo, directo o indirecto, a las personas que hagan parte de la investigación.

Todos los pacientes dieron su consentimiento informado en los casos que decidieron participar en el estudio, lo que pudo ser por medio de asentimiento verbal o escrito según criterio del Comité de Ética y en ambos casos se proporcionó la información en coherencia con lo señalado en el artículo 16 de la resolución 8430 de 1993 y según los lineamientos contemplados en la misma resolución, sobre la justificación y objetivos de la investigación, el procedimiento, las molestias o riesgos esperados, los beneficios que puede obtener el paciente al participar, los procedimientos alternativos que podrían ser benéficos para el paciente, la garantía de que se le aclararán todas las dudas que surgieran en cualquier momento del estudio, la libertad de retirarse de la investigación en cualquier momento sin que ello implique ningún tipo de retaliación, la seguridad de que se conservaría la confidencialidad de la información que proporcione; para ello se asignaron códigos

a los instrumentos y se cuidó que el nombre del paciente nunca quedara escrito en los instrumentos. La base de datos con la información obtenida no fue compartida con terceros ni se utilizó para fines diferentes a esta investigación.

El grupo de investigadores declara, de manera unánime, no tener ningún conflicto de interés en la realización de la investigación.

8.Resultados

En la muestra del presente estudio se incluyó un total de 399 pacientes que tramitaron de manera completa los dos instrumentos utilizados para la medición de características de personalidad, ansiedad y depresión.

8.1 Características sociodemográficas y clínicas

Se establecieron las características sociodemográficas más relevantes y representativas para la muestra. En la tabla 1 se resume la información relacionada con estas primeras variables analizadas en el estudio. Puede verse que la mayoría de los pacientes fueron mujeres con una edad alrededor de los 58 años, un nivel de escolaridad medio, sin diferencias en cuanto a los niveles de adscripción al régimen de seguridad social, mayoritariamente pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos o medio-bajos, casados y con residencia urbana (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes de la muestra

Variable	Media	Desviación estándar
Edad	58 años	13.9
Años de escolaridad	9.57 años	5.02

Variable		N	Media
Sexo	Femenino	277	69.4%
	Masculino	122	30.6%
Escolaridad	Primaria	114	28.6%
	Media	159	39.9%
	Universitaria	117	29.4%
	Sin estudio	8	2%
Seguridad social	Contributivo	199	47.4%
	Subsidiado	189	49.9%
	Otros	11	2.8%
Estado civil	Casado	124	31.1%
	Soltero	99	24.8%
	Unión libre	98	24.6%
	Viudo	35	8.8%
	Separado	43	10.8%
Estrato socioeconómico	1	89	22.3%
	2	155	38.8%
	3	124	31.1%
	4	24	6%
	5	3	0.8%
	6	1	0.3%
	Sin dato	3	0.8%

Residencia	Urbana	308	77.2%
	Rural	91	22.8%
Municipio	Capital	219	54.9%
	Provincia	180	45.1%

Sobre las variables clínicas se pudo constatar que la media de días desde el momento en que recibieron el diagnóstico oncológico fue de superior a los cuatro años, con un predominio de diagnósticos de neoplasias hematológicas y de mama y una discreta superioridad en la cifra de intervenciones quirúrgicas frente a las otras alternativas de tratamiento, tal como se resume en la Tabla 2.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes de la muestra

Variable	Media	Desviación estándar
Días de diagnóstico	1596	1483

Diagnóstico oncológico	N	%
Hematológico	82	20.6%
Mama	75	18.8%
Ginecológico	60	15.0%
Gastrointestinal	59	14.8%
Dermatológico	33	8.3 %
Urológico	26	6.5%
Tejidos blandos	25	6.3%
Endocrinológico	21	5.3 %
Próstata	11	2.8%
Otros	7	1.8%

Tratamiento		N	%
Quimioterapia	Sí	230	57.6%
	No	169	42.4%
Radioterapia	Sí	255	63.9%
	No	144	36.1%
Cirugía	Sí	294	73.7%
	No	105	26.3%
Biológica	Sí	74	18.5%
	No	325	81.5%

Escala de actividad		
ECOG	N	%
0	255	63.9
1	131	32.8
2	13	3.3

8.2 Prevalencia de configuraciones de personalidad

Del total de los pacientes incluidos en el estudio se establecieron las prevalencias correspondientes a los rasgos de personalidad de acuerdo con la escala de Salamanca. La configuración más prevalente en este estudio fue la anancástica, seguida de la histriónica y la esquizoide tal como se recoge en la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de las configuraciones de personalidad

Rasgos (≥ 3)	Frecuencia	Prevalencia*	IC 95%
Paranoide	93	23.31%	(20.82% a 25.79%)
Esquizoide	149	37.34%	(34.34% a 40.33%)
Esquizotípico	29	7.27%	(5.52% a 9.03%)
Histriónico	157	39.35%	(36.35% a 42.35%)
Antisocial	3	0.75%	(0.28% a 1.23%)
Narcisista	86	21.55%	(18.65% a 24.46%)
Inestable-impulsivo	65	16.29%	(13.67% a 18.91%)
Inestable-límite	79	19.80%	(17.15% a 22.44%)
Anancástico	229	57.39%	(54.39% a 60.39%)
Dependiente	94	23.56%	(20.57% a 26.55%)
Ansioso	78	19.55	(16.58% a 22.52%)

* Dada la posibilidad de ocurrencia simultánea de varias configuraciones en un mismo paciente, los totales de los porcentajes superan el 100%

Adicionalmente, se establecieron las frecuencias de cada configuración de personalidad correspondientes a cada sexo. En ese sentido, se evaluó la posible relación que tiene el sexo con cada rasgo de personalidad, con un hallazgo de asociación estadísticamente significativa para las configuraciones: esquizoide ($p=0.002$) y anancástico ($p=0.048$) (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de configuraciones de personalidad según sexo

Variables	Sexo Masculino		Sexo femenino		Total	Valor p
	Valor	%	Valor	%		
Personalidad						
Paranoide	24	19.67	69	24.91	93	0.254

Esquizoide	32	26.23	117	42.24	149	0.002
Esquizotípico	7	5.74	22	7.94	29	0.435
Histriónico	42	34.43	115	41.52	157	0.182
Antisocial	0	0.00	3	1.08	3	0.249
Narcisista	26	21.31	60	21.66	86	0.938
Inestable Impulsivo	19	15.57	46	16.61	65	0.797
Inestable Límite	17	13.93	62	22.38	79	0.051
Anancástico	79	64.75	150	54.15	229	0.048
Dependiente	24	19.67	70	25.27	94	0.225
Ansioso	17	13.93	61	22.02	78	0.061

8.3 Niveles de depresión y ansiedad.

En este caso se encuentra la mayoría de los pacientes clasificados en la categoría sin depresión y, de acuerdo con la gravedad de los síntomas, seguido por la moderada y la leve, con una mayoría de casos femeninos para este nivel como lo muestra la tabla a continuación (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de síntomas de depresión

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Sin depresión (<5)	F: 190 M: 83 T: 273	69.59% 30.40% 68.42%	(61.60% a 77.60%) (19.20% a 41.60%)
Leve (5-6)	F: 28 M: 11 T:39	71.79% 28.20% 9.77%	(56.72% a 87.52%) (15.68% a 40.24%)
Moderada (7-10)	F: 24 M: 16 T:40	60% 40% 10.03%	(44.24% a 75.76%) (20.56% a 59.44%)
Grave (11-13)	F: 15 M: 6 T:21	71.42% 28.57% 5.26%	(46.56% a 97.84%) (11.56% a 40.44%)
Muy grave (≥14)	F: 20 M: 6 T:26	76.92% 23.07% 6.52%	(61.12% a 90.40%) (9.32% a 37.68%)

Para el caso de la ansiedad, la mayoría de los pacientes no presentaron síntomas de ansiedad, en este caso con niveles de gravedad mayores dado que predomina el moderado seguido por el muy grave y el grave, con una mayoría femenina en todos los casos (Table 6).

Tabla 6. Distribución de síntomas de ansiedad

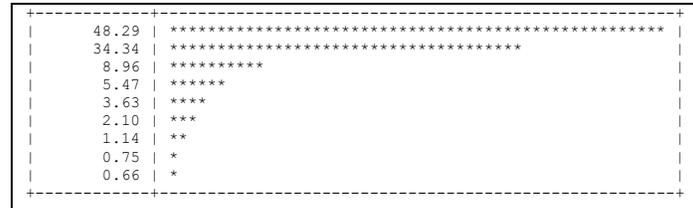
Nivel de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Sin ansiedad (≤ 3)	F: 167 M: 75 T: 242	69% 31% 60.65%	(64.57% a 73.43%) (25.91% a 36.09%)
Leve (4)	F: 26 M: 10 T: 36	72.22% 27.77% 9.02%	(66.45% a 77.99%) (21.55% a 34.99%)
Moderada (5-7)	F: 40 M: 22 T: 62	64.51% 35.48% 15.54%	(58.11% a 70.91%) (28.46% a 42.50%)
Grave (8-9)	F: 14 M: 4 T: 18	77.77% 22.22% 4.51%	(70.45% a 84.08%) (15.92% a 28.52%)
Muy grave (≥ 10)	F: 30 M: 11 T: 41	73.17% 26.82% 10.28%	(64.60% a 81.74%) (22.51% a 31.13%)

8.4 Relación entre configuraciones de personalidad y niveles de depresión y ansiedad.

Se realizó un análisis de correspondencias múltiples, en el que se incluyeron las configuraciones de personalidad y los niveles de ansiedad y depresión, junto con algunas variables sociodemográficas y clínicas. Como variables activas se seleccionaron las incluidas en el grupo de variables sociodemográficas y las diferentes configuraciones de personalidad, y como variables ilustrativas se incluyeron los niveles de ansiedad y depresión, el tipo de cáncer y la variable continua (edad). De acuerdo con el histograma de valores propios se seleccionaron para la interpretación tres factores, de acuerdo con el gráfico de

sedimentación (figura 1), que permitieron agrupar las variables en tipologías o perfiles que se describirán a continuación.

Figura 1. Gráfico de sedimentación. Acumulación de varianza en cada eje



8.4.1 Factor 1. Rasgos de personalidad y su relación con síntomas de ansiedad y depresión.

Este factor claramente representa la presencia o no de rasgos de personalidad de cada uno de los tres conglomerados, y su relación con la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva grave o muy grave. Se destaca que las configuraciones inestable —límite e impulsiva— son las que muestran una más clara asociación con sintomatología ansiosa o depresiva muy grave (tabla 7). La figura 2 muestra el gradiente de la intensidad de la sintomatología desplegado sobre este eje o factor.

Tabla 7. Estructura para el factor 1, variables activas e ilustrativas.

Por modalidades de variables activas

Modalidad	Valor Test*	Peso
No inestable límite	-14.06	320
No inestable impulsivo	-13.03	334
No esquizoide	-11.78	250
No dependiente	-11.07	305
No paranoide	-11.00	306
No esquizotípico	-10.51	370
No narcisista	-10.38	313
No histriónico	-10.34	242
Zona central		
Histriónico	10.34	157
Narcisista	10.38	86

Esquizotípico	10.51	29
Paranoide	11.00	93
Dependiente	11.07	94
Esquizoide	11.78	149
Inestable impulsivo	13.03	65
Inestable límite	14.06	79

* Indica qué tan significativa es la desviación de la modalidad desde el origen

Por modalidades de variables ilustrativas

Modalidad	Valor Test*	Peso
Sin depresión	-11.42	273
Sin ansiedad	-9.76	242
Cáncer dermatológico	-2.84	33
Zona central		
Ansiedad grave	4.46	18
Depresión grave	4.98	21
Depresión muy grave	9.01	26
Ansiedad muy grave	10.75	41

* Indica qué tan significativa es la desviación de la modalidad desde el origen

8.4.2 Factor 2. Condición socioeconómica y algunos tipos de cáncer

Se encontró que las personas que han desarrollado un cáncer de origen endocrino pertenecen al régimen subsidiado, se ubican en los primeros dos estratos socioeconómicos y escolaridad incompleta, tanto primaria como bachillerato. Adicionalmente, se identificó que el grupo de pacientes con cáncer de mama y que presentan síntomas de ansiedad en grado muy grave, hacen parte del régimen contributivo, son de estratos socioeconómicos 3 y 4 y alcanzan una educación superior. En personas de estratos socioeconómicos altos las configuraciones anancástica e histriónica son las que más se asocian con niveles graves de ansiedad. La configuración paranoide se asocia a niveles socioeconómicos bajos (Tabla 8, figuras 2 y 3).

Tabla 8. Estructura para el factor 2, variables activas e ilustrativas.

Por modalidades de variables activas

Modalidad	Valor Test*	Peso
Subsidiado	-14.15	199

Primaria incompleta	-11.15	61
Estrato 1	-10.5	89
Prim Bach incompleto	-6.01	120
No anancástico	-4.19	170
Estrato 2	-4.02	155
No histriónico	-3.94	242
Paranoide	-3.5	93
Zona central		
Esquizotípico	2.55	29
No paranoide	3.5	306
Histriónico	3.94	157
Anancástico	4.19	229
Estrato 4	8.56	28
Estrato 3	9.05	124
Educación superior	13.06	117
Contributivo	14.15	200

* Indica qué tan significativa es la desviación de la modalidad desde el origen

Por modalidades de variables ilustrativas

Modalidad	Valor Test*	Peso
CA endocrino	-2.21	21
Zona central		
Ansiedad muy grave	2.09	41
CA mama	3.1	25

* Indica qué tan significativa es la desviación de la modalidad desde el origen

8.4.3 Factor 3. Características sociodemográficas y tipo de cáncer

El lado positivo del eje agrupa mujeres, con educación superior, sin relación de pareja y configuración de personalidad esquizoide, que presentan cáncer de mama o ginecológico. En el lado negativo se ubican los hombres, con relación de pareja, bajos niveles de escolaridad y con configuraciones de personalidad de los grupos B y C. Los síntomas depresivos leves se proyectan al lado positivo de este factor (tabla 9, figura 2).

Tabla 9. Estructura para el factor 3, variables activas e ilustrativas.

Por modalidades de variables activas

Modalidad	Valor Test*	Peso
Con pareja	-14.38	222.00

Masculino	-14.20	122.00
No esquizoide	-5.90	250.00
Primaria incompleta	-5.62	120.00
Inestable impulsive	-3.72	65.00
Anancástico	-3.04	229.00
Histriónico	-2.81	157.00
Dependiente	-2.35	94.00
Zona central		
Educación superior	2.46	117.00
No histriónico	2.81	242.00
No anancástico	3.04	170.00
No inestable impulsive	3.72	334.00
Primaria incompleta	4.29	61.00
Esquizoide	5.90	149.00
Femenino	14.20	277.00
Sin pareja	14.38	177.00

* Indica qué tan significativa es la desviación de la modalidad desde el origen

Por modalidades de variables ilustrativas

Modalidad	Valor Test*	Peso
Cáncer urológico	-4.16	37.00
Cáncer gástrico	-2.50	59.00
Cáncer hematológico	-2.43	82.00
Zona central		
Depresión leve	2.62	39.00
Cáncer ginecológico	4.47	60.00
Cáncer de mama	4.99	75.00

* Indica qué tan significativa es la desviación de la modalidad desde el origen

Para mayor comprensión se ilustran las agrupaciones que resultaron en la figura 1 y 2; con las variables activas de color rojo y las variables ilustrativas de color azul.

Figura 1. Representación gráfica de las modalidades entre los factores 1 y 2.

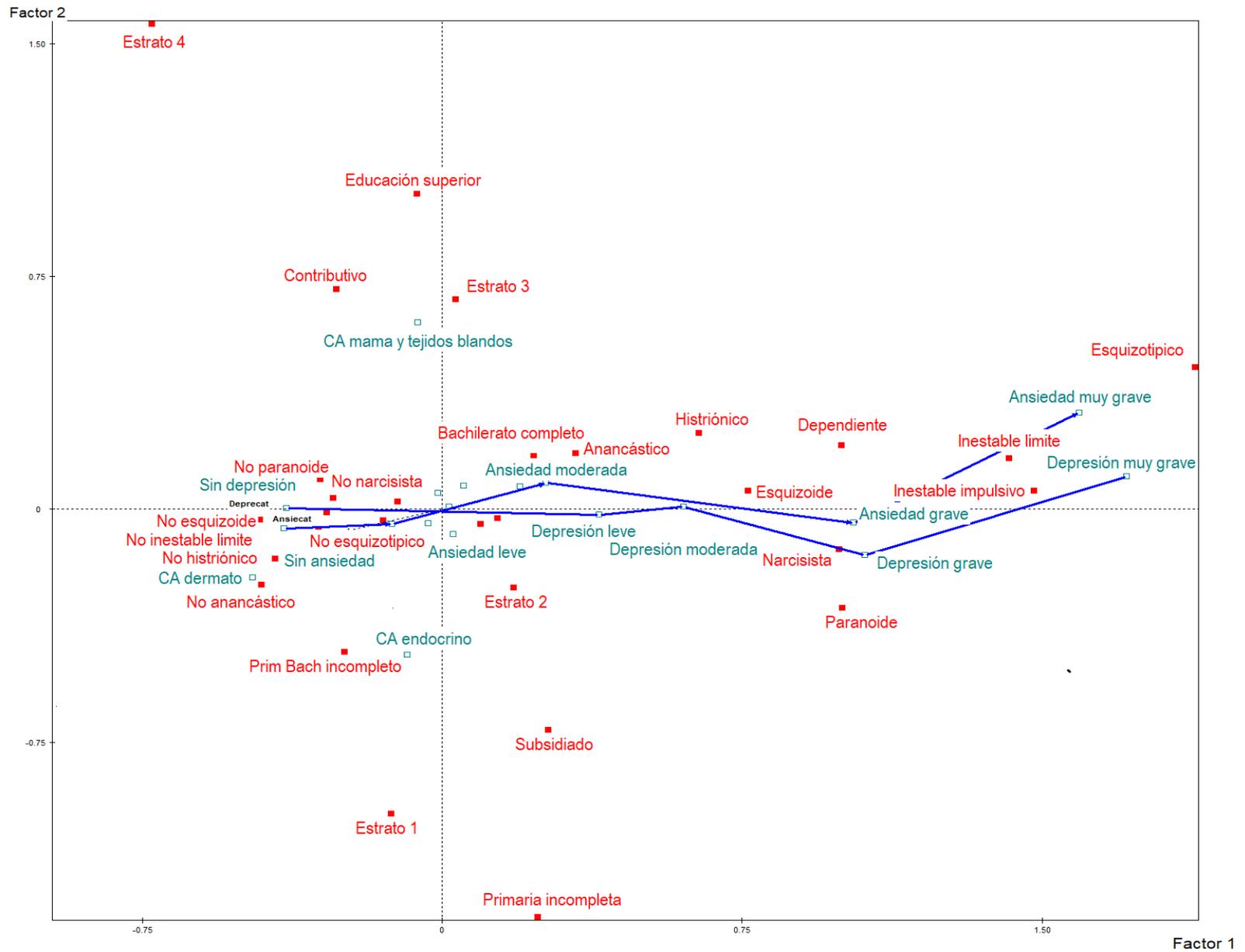
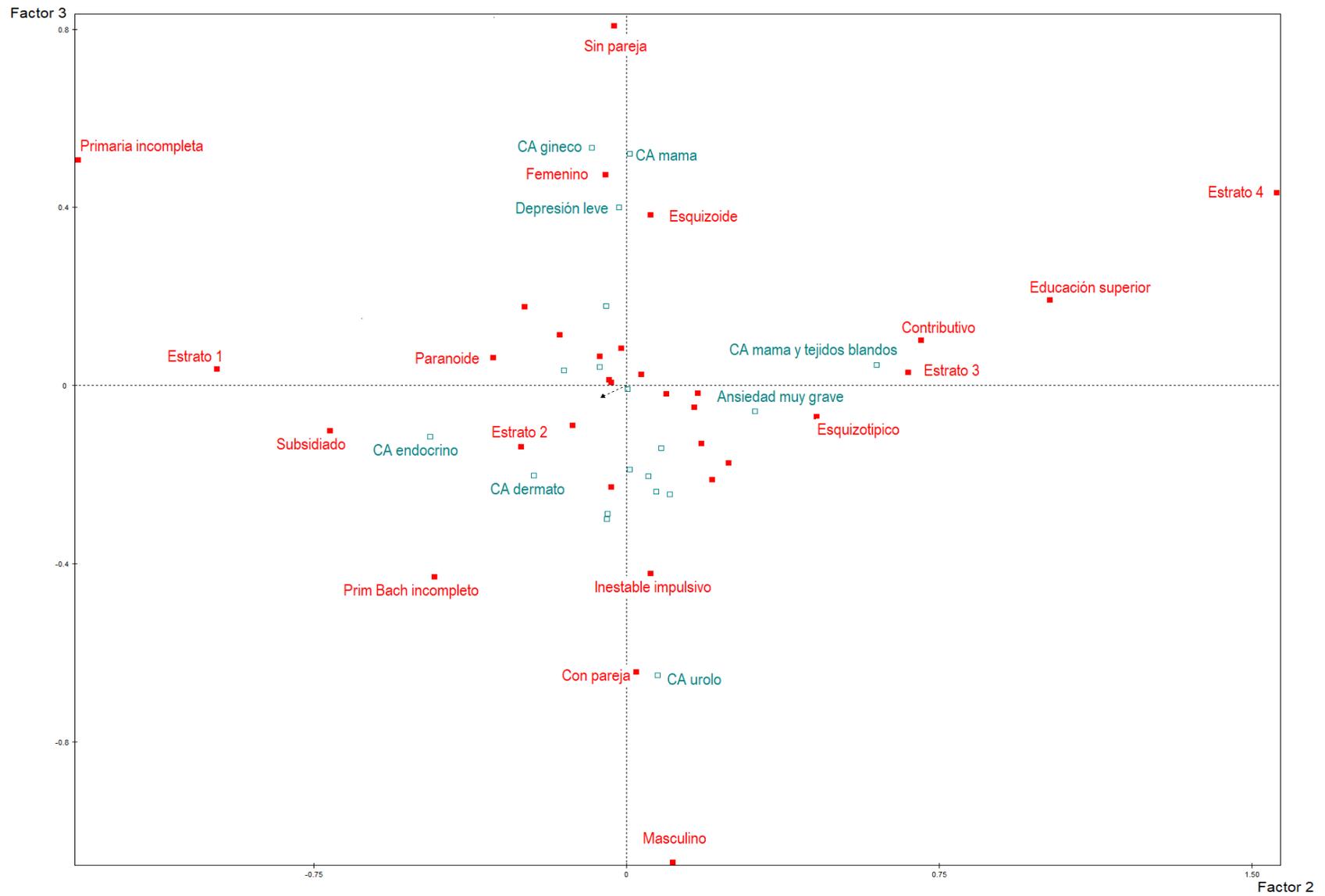


Figura 2. Representación gráfica de las modalidades entre los factores 2 y 3



9. Discusión

Se analizaron los datos sociodemográficos de los 399 pacientes incluidos en el estudio. En términos generales, la edad promedio de 58 años (DE=13.9) de los pacientes incluidos en la muestra coincide con el rango de edades en el que incrementa la incidencia de cáncer (White et al., 2014); sin embargo, aunque es más frecuente la aparición de neoplasias en los hombres a nivel global (Siegel et al., 2023), en el estudio es mayor el número de mujeres incluidas, hecho que se ajusta a la distribución por sexo del cáncer para el caso de Colombia, de acuerdo con las cifras actuales de Globocan (2023).

Entre las otras variables estudiadas se reconoce que los pacientes incluidos en la muestra tienen en promedio 9.57 años de escolaridad, lo que concuerda con el nivel máximo de formación que fue el bachillerato, hacen parte de los estratos 2, 3 y 4, residen en ciudades o en la cabecera municipal, en particular, proceden de la ciudad de Bogotá. De manera preliminar estos datos, que dan cuenta de la extracción económica de los pacientes y el acceso a oportunidades, ofrecen una mirada sobre la relación de los factores socioeconómicos y el estar diagnosticado con algún tipo de cáncer, documentado en estudios como el de Shi y colaboradores que halló relación entre tener un mayor nivel de ingresos, acceso a educación superior y a una atención médica habitual, con las respuestas adaptativas al diagnóstico, tales como la conciencia de enfermedad; cabe señalar que más adelante se abordará la relación entre el estrato socioeconómico y algunos rasgos de personalidad identificada en el factor 2 que arrojó el análisis multivariado.

En cuanto a las variables clínicas evaluadas en el estudio, se encuentra que la cirugía fue la intervención realizada con mayor frecuencia, seguida por la radioterapia, la quimioterapia y la inmunoterapia en una menor cantidad, se sabe que la conducta terapéutica se determina con base en el tipo de cáncer y sus respectivas características; sin embargo, cada vez asume una mayor importancia el uso de medicamentos biológicos o con blanco en el sistema inmune, para el tratamiento del cáncer (Siegel et al., 2023). Por otro lado la funcionalidad, como

componente de la calidad de vida de los pacientes, no se encuentra altamente afectada en la mayoría de los casos, esto se identifica con base en la valoración de la escala ECOG que reportaron, calificada en cero por un 63.9%, y sólo por un 3.3% calificada con un 2; hecho que se ha determinado en otros estudios, en los que los pacientes asumen los cambios vitales como consecuencia del diagnóstico del cáncer con una calidad de vida de la que disfrutaban a pesar de las consecuencias de la condición (Suárez et al., 2019).

En cuanto a la prevalencia de los rasgos personalidad, en un estudio reconocido sobre este tópico en la comunidad general, se encontró una mayor cantidad de personas con características del grupo C, seguido por el grupo B y finalmente por el grupo A; de manera individual, los trastornos evitativo y paranoide encabezaron la lista, seguidos por el obsesivo compulsivo y el histriónico hallados en idéntico número (Torgersen et al., 2001). En un metaanálisis que evaluó la prevalencia por grupos de personalidad, de acuerdo con el DSM-III y el DSM-IV, que incluyó 46 estudios aplicados en población de África, Norte América, Sur América, Australia y Oceanía, y Europa, también encontró el grupo C con la mayor prevalencia, seguido por el grupo A y finalmente el grupo B (Winsper et al., 2019). De manera similar, en un estudio reciente con población iraní en el que se incluyeron más de 48 mil individuos, la prevalencia principal fue para el grupo C, seguido por el grupo B y el grupo A y, dentro de lo hallado, la prevalencia más alta le correspondió también a la personalidad compulsiva (Mohammadi et al., 2023).

En este estudio, la mayor prevalencia la presenta el grupo C, particularmente los rasgos de personalidad anancástica, seguida por la personalidad histriónica, esquizoide, dependiente, paranoide, narcisista, ansiosa, en orden descendente; con una representación muy baja de la personalidad antisocial. En otro estudio coincide el hallazgo de una prevalencia mayor para el caso de la personalidad obsesiva compulsiva, como en uno realizado con población polaca que, como resultado adicional, encontró una prevalencia aumentada de este tipo de personalidad en población de sexo femenino,; asimismo halló que con una menor prevalencia concuerdan los rasgos de personalidad antisocial en ambos estudios, (Gawda &

Czubak, 2017), sin embargo, no en tal subrepresentación como para este caso; se ha encontrado que estos rasgos de personalidad están altamente vinculados con las características culturales de la población estudiada, por ejemplo, se ha visto una mayor prevalencia de rasgos caracteriales antisociales en Occidente frente a países orientales (Gawda & Czubak, 2017, lo que se ha intentado explicar desde las medidas más paternalistas y punitivas en algunos Estados del Lejano Oriente (Shou et al., 2021). Muchos estudios han evaluado la prevalencia de la ansiedad y de los trastornos del espectro depresivo en población con cáncer, desde distintos contextos: sea ambulatorio o intrahospitalario, aplicados en múltiples centros o en una región particular. En términos generales, se ha encontrado una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión entre los pacientes que sufren de cáncer en comparación con la comunidad general (Riedl & Schüßler, 2022). Los datos muestran una prevalencia de depresión y trastornos depresivos entre el 5% y el 60% según los diferentes criterios diagnósticos, las herramientas utilizadas en los estudios (por ejemplo, entrevista psiquiátrica semiestructurada y cuestionarios psicométricos), así como el estadio y el tipo de cáncer (Caruso et al., 2017). La prevalencia de ansiedad observada, en un estudio de cohorte realizado en Alemania con 4020 pacientes con cáncer en comparación con población general, fue de 13.8% (Goerling et al., 2023). En una investigación reciente, realizada en un centro especializado en cáncer en Ruanda, se identificó que entre los pacientes la cifra de prevalencia de depresión correspondía al 42.9% con Inventario de Depresión de Beck, mientras para la ansiedad se calculó en un 40.9% con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Habimana et al., 2023).

En este estudio, la prevalencia de pacientes con síntomas de ansiedad y depresión fue de 39.35% y 31.58% en total, respectivamente. Distribuida para el caso de la ansiedad en moderada (15.54%), muy grave (10.28%), leve (9.02%) y grave (4.51%); y para el caso de la depresión en moderada (10.03%), leve (9.77%), muy grave (6.52%) y grave (5.26%). En comparación, la depresión fue menos frecuente dentro de la muestra frente a la ansiedad y, adicionalmente, los síntomas de depresión reportados en su mayoría fueron de menor gravedad. Tal como se mencionó previamente, la prevalencia en esta muestra de pacientes con cáncer es

mayor a los datos registrados en la Encuesta Nacional de Salud (2015) realizada en la población colombiana con unas cifras de prevalencia de vida para cualquier trastorno depresivo en adultos de 5.4% y para cualquier trastorno de ansiedad de 3.9%, menor que para el estudio que se realizó, aunque se debe tener en cuenta que no sólo se aplicaron escalas, sino también cuestionarios y entrevistas estructuradas para calcular estas últimas prevalencias, lo que podría explicar disminución en las cifras por una mayor rigurosidad en la detección o en el diagnóstico de los casos. En estimaciones realizadas a nivel global se han informado datos de prevalencia entre el 12% y el 25% para la ansiedad, y del 5% al 40% para la depresión (Grassi et al., 2023). Lo que ratifica el incremento en las prevalencias de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer, aunque de acuerdo con los resultados de este estudio, las cifras para la ansiedad superan por mucho el rango mencionado y para la depresión se encuentran incluidas en el rango de prevalencias, pero en menor cifra.

Las cifras a nivel nacional, en cuanto a la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer, no tienen un respaldo epidemiológico amplio. Algunos estudios, realizados en muestras con menos de doscientos pacientes, han arrojado datos sobre la prevalencia de estos síntomas afectivos en dicha población como resultado adicional al objetivo principal trazado por los investigadores. Por ejemplo, en un estudio que buscaba validar la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en población con enfermedades oncológicas, halló una prevalencia para la depresión de 13% (Rico et al., 2005). Sobre este mismo trastorno mental, se realizó una investigación en Montería, capital del departamento de Sincelejo, donde se encontró una prevalencia del 65.2%, cifra que supera tanto los datos globales en pacientes con cáncer como el número encontrado en este estudio (Llorente et al., 2019). En el caso de la ansiedad también se registró una prevalencia de 84%, dato ostensiblemente mayor frente a los antes citados, en una investigación que estudiaba los trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado con un reporte de 25% para el caso de la depresión (Valderrama-Rios & Pedraza, 2018).

En cuanto al análisis multivariado aplicado con el objetivo de determinar la asociación entre los rasgos de personalidad y los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer, se lograron identificar 3 factores en los cuales se involucraron todas las variables mencionadas. Así, en el primer factor, que estudiaba los rasgos de personalidad con los síntomas de ansiedad y depresión, se obtuvo como hallazgo principal de la investigación que la ausencia de rasgos de personalidad se asoció con no presentar síntomas de ansiedad o de depresión, particularmente para los rasgos de personalidad inestable límite, inestable impulsivo, esquizoide, dependiente, paranoide, esquizotípico, narcisista e histriónico; hasta donde tenemos conocimiento, este hallazgo no había sido reportado en estudios previos. En conjunto, se reconoció la relación de algunos rasgos de personalidad, como histriónico, narcisista, esquizotípico, paranoide, dependiente, esquizoide, inestable impulsivo, inestable límite, particularmente estos dos últimos, con síntomas de ansiedad y depresión en rangos grave y muy grave con una fuerza de asociación más relevante.

Este resultado se encuentra en consonancia con investigaciones previas, como el estudio de Shea y colaboradores (1990), que examinó a 239 pacientes con diagnóstico ambulatorio de depresión, se observó que el 74% de estos presentaban marcados rasgos de personalidad descritos en el DSM-III, principalmente del grupo C (en orden de importancia: obsesivo, evitativo y el dependiente), con la consecuencia de tender a un pobre funcionamiento social y un aumento en los síntomas residuales de depresión cuando se tienen más de cuatro criterios diagnósticos de alguno de estos trastornos. En un estudio adicional con 384 pacientes diagnosticados con depresión, se encontró que el 64% cumplía con los criterios para al menos un trastorno de personalidad, predominantemente con rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva, evitativa y, posteriormente, paranoide, destacando la distribución diferencial de los grupos de personalidad en comparación con el presente estudio (Fava et al., 2002). Otros estudios, en un número más amplio, han explorado la relación entre los rasgos de personalidad, particularmente del grupo B —como narcisista, histriónico e inestable— y los

síntomas afectivos, con resultados heterogéneos en contraste con los hallazgos actuales.

Por ejemplo, una investigación que examinó patrones de síntomas depresivos en pacientes con rasgos de personalidad, comparándolos con pacientes sin estos rasgos en grupos homogéneos, reveló una mayor propensión a manifestar formas de depresión reactiva en individuos con personalidad narcisista (Fjermestad-Noll et al., 2019). En un estudio particular con 166 participantes que indagaba sobre la asociación entre el trastorno histriónico de la personalidad y la depresión, no encontró asociación entre estos, sin embargo, logró vincular elementos importantes de esta personalidad como la seducción con una respuesta de regulación emocional desadaptativa y la frustración considerándola un factor generador de síntomas depresivos o incluso como síntoma depresivo per se (Neyrinck, 2021).

En el caso de la personalidad inestable, numerosos estudios, incluyendo un reciente metaanálisis, respaldan nuestro hallazgo al mostrar una relación significativamente mayor con síntomas de depresión y ansiedad. Este metaanálisis evidencia una mayor prevalencia de ansiedad en pacientes con rasgos de personalidad límite, con pruebas consistentes de impulsividad, ira y desesperanza en pacientes que presentan dicha comorbilidad (Shah et al., 2023).

Cabe resaltar la falta de respaldo bibliográfico en relación con la conexión entre los síntomas de ansiedad y depresión, en especial el grupo de personalidad A, subrayando así la contribución de esta investigación que vincula las personalidades esquizotípica, paranoide, esquizoide con ansiedad en nivel grave a muy grave.

Para el segundo factor, se encontró —en el polo de valores negativos— que individuos que han experimentado un diagnóstico de cáncer de origen endocrino están vinculados al sistema de salud subsidiado. Estos pacientes tienden a pertenecer a los dos primeros estratos socioeconómicos y presentan niveles educativos incompletos, principalmente a nivel de primaria o de bachillerato, además tienen rasgos de personalidad paranoide. Adicionalmente, en el otro polo, se pudo observar que aquellos afectados por el cáncer de mama y que manifiestan síntomas de ansiedad en un nivel grave, forman parte del régimen contributivo. Este

grupo se sitúa mayoritariamente en los estratos socioeconómicos 3 y 4, destacándose por haber alcanzado niveles de educación superior y tener rasgos de personalidad anancástica. Se ha documentado la relación de la condición socioeconómica de pacientes con cáncer, tanto de páncreas (Noel & Fiscella, 2019) como de mama (Pezzin et al., 2017), con el estadio diagnóstico y las disparidades de intervención, sin estudios robustos que establezcan la escolaridad, el tipo de seguridad social o el estrato socioeconómico como un factor de riesgo para la aparición de estos tipos de cáncer. Tampoco se encuentran estudios relevantes sobre la asociación acá identificada entre los estratos socioeconómicos altos y la personalidad anancástica y los estratos socioeconómicos bajos con la personalidad paranoide. Sin embargo, un número de publicaciones amplio respalda el hallazgo de alto grado de ansiedad en pacientes con cáncer de seno, ejemplo de ello es un metaanálisis que incluyó 16.298 personas con este diagnóstico oncológico con una prevalencia de ansiedad en una cifra de 41.9%, número superior a la prevalencia establecida en este y en otros estudios referenciados (Hashemi et al., 2019).

El tercer factor muestra la relación entre condiciones sociodemográficas y tipo de cáncer: mujeres sin relación de pareja, con alto nivel educativo, estructura de personalidad esquizoide que presentan cáncer ginecológico o de mama y que tienen síntomas depresivos leves, se contraponen a hombres con relación de pareja, con estructuras de personalidad de los grupos B y C, con menor nivel de escolaridad, que presentan cáncer de próstata, gastrointestinal o hematológico, y que no presentan ansiedad ni depresión. En relación con estos perfiles, tal como se plantean no se encuentra un respaldo bibliográfico importante. En algunos artículos se ofrecen datos aproximados a lo encontrado en estos conglomerados que relacionan el aspecto clínico con el sociodemográfico. Ejemplo de ello, es un estudio realizado en mujeres con cáncer de mama, el cual buscaba evaluar ansiedad, depresión y estrés, que reportó una prevalencia de ansiedad mayor en mujeres casadas (71,4%) en comparación con las solteras (28,6%), asimismo para la prevalencia de depresión en las pacientes casadas (79,5%) frente a las solteras (20,5%).(Alagizy et al., 2020).

Por otro lado, se ha considerado que los individuos con rasgos de personalidad esquizoide tienden a no establecer relaciones de pareja, dada su dificultad para la interacción social, hallazgo concordante con este estudio, lo que se puede considerar un aporte adicional de esta investigación; pero, se sabe que es más frecuente en hombres que en mujeres (Li, T., 2021), hecho no coincidente con lo encontrado. Adicionalmente, con más referencia en la literatura, se ha encontrado en estudios previos principalmente un vínculo del estado civil con algunos tipos de cáncer, particularmente como factor pronóstico; de manera que es importante destacar que, tanto para el cáncer de próstata (Salmon et al., 2021), el cáncer gástrico (Qiu et al., 2016), el cáncer uterino (Dong et al., 2019) y cáncer de mama (Zhu & Lei, 2023), encontrarse en matrimonio o tener una pareja es un factor pronóstico favorable.

10. Conclusiones y recomendaciones

Con base en la discusión detallada anteriormente, se extraen diversas conclusiones que arrojan luz sobre los factores sociodemográficos y clínicos, en relación con la salud mental, de los pacientes que padecían alguna neoplasia incluidos en el estudio y con base en esto es posible plantear algunas recomendaciones tanto para la aplicación clínica como para investigación médica futura.

El componente descriptivo del estudio permite identificar el panorama sociodemográfico de la población que padece cáncer en Colombia, teniendo en cuenta la institución donde se realiza el estudio: Instituto Nacional de Cancerología, centro oncológico de referencia a nivel nacional. La generalidad de los pacientes provenía del área urbana, particularmente desde la capital, tenían formaciones académicas incompletas en su mayoría, con el bachillerato como nivel máximo alcanzado, pero con una cifra importante de individuos que sólo logra la primaria, lo que permite considerar la existencia de barreras de acceso a la educación. Más cuando se hace parte de la clase media a baja, tal como la suma de los pacientes que estaban incluidos, en general extraídos de los estratos socioeconómicos inferiores al 4, esto en relación con un número alto de pacientes incluidos en el régimen subsidiado casi por igual al contributivo; lo que en términos globales permite entender una mayor limitación en el poder adquisitivo, que se relaciona con la dificultades de acceso a servicios públicos y/o un riesgo elevado de vulneración de derechos.

Todo esto evidencia, desde otra arista, algunos escenarios de desigualdad a los que se expone la población colombiana que, aunque pueden no ser determinantes en la aparición del cáncer, sí pueden modificar el curso de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas y, de esta forma, modificar el pronóstico de la enfermedad, como evidenciamos en algunas referencias citadas. Asociado a ello, tales condiciones de vida tienen una relación más evidente con la salud mental, aspecto fundamental pero muchas veces descuidado en los pacientes que padecen enfermedades somáticas, y que se vincula con la adaptación a la condición médica

emergente, adherencia a los tratamientos y un reconocimiento más fácil del estatus de enfermo, elementos que también pueden modificar la historia natural de algunas neoplasias, tema que se ofrece como una fuente de posibles estudios que muestren la interrelación entre los factores sociodemográficos en pacientes con cáncer y la salud mental. En correlación con esto, podría incluirse la variable clínica también estudiada de la funcionalidad, establecida a través de la escala ECOG, en la que un porcentaje importante encuentra afectado su bienestar de acuerdo con la evolución de la enfermedad, lo que sin duda conforma un factor confluyente en la salud mental y, en consecuencia, debe ser incluido también en futuras indagaciones.

En cuanto a las prevalencias, en primera instancia es importante destacar la cifra hallada para el caso de los rasgos caracteriales. Llama la atención el predominio del grupo C tanto en este estudio como en el respaldo bibliográfico referenciado, seguido por el grupo B y el grupo A. De este hallazgo es necesario destacar la influencia de los rasgos de personalidad en el afrontamiento de crisis vitales y un ejemplo de esto es el diagnóstico del cáncer. La investigación sobre este tópico es incipiente y se abre entonces como una alternativa amplia para ser estudiada, en términos precisamente de la facilidad adaptativa para cada grupo a los cambios que implica el descubrimiento de una neoplasia y, en consecuencia, la indicación de intervención psicoterapéutica y enfoque más indicado para proporcionar el cuidado integral que necesita cada grupo de pacientes; por mencionar un ejemplo dentro del fragor clínico, el personal de enfermería podría recibir herramientas para la interacción con los pacientes de acuerdo con los rasgos de personalidad respectivos, lo que fomentaría una mejor atención para los pacientes y reduciría en parte el riesgo de sufrir estrés laboral por otra causa, incluso los cuidadores podrían beneficiarse de tales pautas de acompañamiento.

Es de interés fundamental destacar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en la población con cáncer que, como podría inferirse sin dificultad y como se evidencia a través de las cifras, es significativamente mayor en estos pacientes frente a la población general. Tal hecho, configura al conjunto de pacientes que padecen una enfermedad oncológica como un grupo con mayor

vulnerabilidad en su salud mental, es decir, una elevada propensión para desarrollar enfermedad mental con posibles fluctuaciones a lo largo del proceso. Principalmente, es de interés en salud pública este hecho que, en tal sentido, debe incidir tanto en las políticas en salud mental para estos pacientes como en las medidas institucionales que se deban tomar para dar un acompañamiento óptimo a ellos. Así pues, enfatizar en la formación psicoterapéutica para el personal de salud mental que responda a las necesidades de estos individuos y el incremento en las alternativas para acceder a la preparación en psiquiatría de enlace, aparecen como posibilidades para abordar las altas cifras de individuos con depresión y ansiedad que sufren de cáncer. También, cabe destacar el soporte emocional para los cuidadores y los familiares que debe ser esencial en el pleno tratamiento de estos pacientes.

Dentro del análisis multivariado, como hallazgo principal y aporte al desarrollo de la psiquiatría, se destaca la asociación entre gravedad de síntomas ansiosos y depresivos y configuraciones de personalidad, especialmente para el grupo de personalidades límite, y el hallazgo conjunto de la ausencia de ciertos rasgos de personalidad con la ausencia de síntomas de ansiedad y depresión. En ese sentido, el estudio ratifica la relación entre los rasgos de personalidad y los síntomas afectivos como muchos de los estudios encontrados, con otro aporte significativo en términos del vínculo entre las personalidades del grupo A y los síntomas de ansiedad, que hasta donde se completó la revisión para este estudio ha sido poco estudiado. Otros hallazgos por resaltar es la asociación entre el estatus socioeconómico con algunos rasgos de personalidad como el estrato medio-alto con la personalidad anancástica o la personalidad paranoide con estratos bajos y la asociación de la ansiedad especialmente con el cáncer de mama. También, la relación entre los rasgos de personalidad esquizoide con la condición de encontrarse sin pareja, poco documentado epidemiológicamente, pero inferida por las características clínicas y la historia natural del trastorno esquizoide de la personalidad. Junto con el vínculo, mejor documentado, de encontrarse con o sin pareja y la enfermedad oncológica, que se reconoce como un factor pronóstico en el cáncer.

Teniendo en cuenta lo antes descrito, se hace evidente que los pacientes con rasgos mal adaptativos de la personalidad que reciben un diagnóstico de cáncer configuran una población con un mayor riesgo en términos de salud mental, particularmente de sufrir trastornos de ansiedad y depresión. En ese sentido, el hallazgo de estructuras de personalidad patológicas debe alertar al clínico sobre la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva grave, lo que implicaría un seguimiento en salud mental más riguroso para estos pacientes. Aplicar herramientas de tamizaje que permitan una aproximación al riesgo de enfermedad mental, desde la identificación de rasgos de personalidad y síntomas de ansiedad y depresión, permitiría reducir el impacto de esto en el curso de la enfermedad, en términos de la adaptación al diagnóstico evidenciada en la aceptación de la enfermedad y la adherencia a los tratamientos, hecho que, como consecuencia, incidiría en el bienestar integral de los pacientes con cáncer.

La presencia de síntomas de ansiedad o depresión grave se relaciona con características sociodemográficas, con características de personalidad y con el tipo de cáncer. Este hallazgo apoya la naturaleza multifactorial de estos trastornos, lo que se traduce en la necesidad de realizar un abordaje que incida en estos múltiples factores confluentes. De manera que perder de vista las condiciones sociodemográficas y el proceso de salud mental, por privilegiar la intervención somática, que sin duda es axial para conservar la vida del paciente, genera un tratamiento incompleto de los individuos diagnosticados con alguna enfermedad oncológica.

11. Limitaciones

Algunas de las limitaciones del estudio que es imprescindible mencionar son:

1. Los hallazgos de la investigación, dado que provienen de un estudio transversal, se circunscriben a determinar asociación, pero no logran evidenciar causalidad.
2. En términos de las intervenciones realizadas:
 - a. La utilización exclusiva de pruebas de tamización puede sobredimensionar la positividad de los resultados y, en consecuencia, tiene una mayor probabilidad de generar falsos positivos.
 - b. La prueba de Salamanca, aplicada para identificar los rasgos de personalidad, no está validada en Colombia.
3. Adicionalmente, es posible que otras variables que no fueron evaluadas en la relación entre los rasgos de personalidad y los síntomas de ansiedad y depresión puedan estar involucradas, por ejemplo, la comorbilidad psiquiátrica, el tiempo desde el diagnóstico de cáncer, otras características de la red de apoyo, etc.

12. Propiedad intelectual

Los derechos de propiedad intelectual del desarrollo y producto de este trabajo serán compartidos entre la Universidad Nacional de Colombia y el Instituto Nacional de Cancerología. En consecuencia, ambas instituciones serán mencionadas en toda publicación, ponencia o cualquier producto que surja de esta investigación.

13. Anexos

Anexo 1. Test de Salamanca

Este es un cuestionario de screening para la evaluación de los Trastornos de la Personalidad. Conteste según sea su manera de ser habitual y no según se encuentre en un momento dado. Ponga una cruz en su respuesta: V para verdadero y F para falso. En el caso de contestar V (verdadero) no olvide señalar el grado de intensidad de su respuesta: 1. A veces, 2. Con frecuencia y 3. Siempre

1. Pienso que más vale no confiar en los demás.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	

2. Me gustaría dar a la gente su merecido.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	

3. Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	

4. Prefiero estar conmigo mismo.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	

5. ¿Piensa la gente que es usted raro o excéntrico?	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	

6. Estoy más en contacto con lo paranormal que la mayoría de la gente.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	

7. Soy demasiado emocional.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

8. Doy mucha importancia y atención a mi imagen.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

9. Hago cosas que están fuera de la ley.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

10. Tengo poco respeto por los derechos de los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

11. Soy especial y merezco que me lo reconozcan.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

12. Mucha gente me envidia por mi valía.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

13. Mis emociones son como una montaña rusa.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

14. Soy impulsivo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

15. Me pregunto con frecuencia cuál es mi papel en la vida.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

16. Me siento aburrido y vacío con facilidad.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

17. ¿Le considera la gente demasiado perfeccionista, obstinado o rígido ?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

18. Soy detallista, minucioso y demasiado trabajador.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

19. Necesito sentirme cuidado y protegido por los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

20. Me cuesta tomar decisiones por mí mismo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

21. Soy nervioso.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

22. Tengo mucho miedo a hacer el ridículo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

Anexo 2. DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

Referencias

Adams, M. J., Howard, D. M., Luciano, M., Clarke, T. K., Davies, G., Hill, W. D., Smith, D., Deary, I. J., Porteous, D. J. & McIntosh, A. M. (2019). Genetic stratification of depression by neuroticism: revisiting a diagnostic tradition. *Psychological Medicine*, 50(15), 2526-2535. <https://doi.org/10.1017/s0033291719002629>

Akiskal, H. S. (1983). The Relationship of Personality to Affective Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40(7), 801. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790060099013>

Alagizy, H. A., Soltan, M. E., Soliman, S., Hegazy, N. N., & Gohar, S. (2020). Anxiety, depression and perceived stress among breast cancer patients: Single Institute experience. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1). <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00036-x>

Améndola, L., Weary, D. & Zobel, G. (2022). Effects of personality on assessments of anxiety and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 141, 104827. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104827>

Antoni, M. H., Lutgendorf, S. K., Cole, S. W., Dhabhar, F. S., Sephton, S. E., McDonald, P. G., Stefanek, M. & Sood, A. K. (2006). The influence of bio-behavioural factors on tumour biology: pathways and mechanisms. *Nature Reviews Cancer*, 6(3), 240-248. <https://doi.org/10.1038/nrc1820>

Bagby, R. M., Ryder, A. G. & Cristi, C. (2002). Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 4(27), 250-257.

Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R. & Carl, J. R. (2014). The Origins of Neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-496. <https://doi.org/10.1177/1745691614544528>

Bennasar, R. M. (2022). *Trastornos De La Personalidad / Roca Bennasar, Miguel*. LEXUS.

Boland, R., Verduin, M. & Md, R. P. (2022). Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría (12th ed.). LWW.

Carvalho, L. D. F. & Arruda, W. (2016). Association Between Anxiety And Depression Symptoms With Pathological Personality Traits. *psicología desde el caribe*, 33(2), 3-20. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.2.7290>

Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M., Sabato, S., Mitchell, A. J., Croce, E., & Grassi, L. (2017). Depressive Spectrum Disorders in Cancer: Prevalence, risk factors

and screening for Depression: a Critical review. *Acta Oncologica*, 56(2), 146-155. <https://doi.org/10.1080/0284186x.2016.1266090>

Curran, L., Sharpe, L. & Butow, P. (2017). Anxiety in the context of cancer: A systematic review and development of an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 56, 40-54. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.003>

DeYoung, C. G. (2015). Cybernetic Big Five Theory. *Journal of Research in Personality*, 56, 33-58. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2014.07.004>

Dong, J., Dai, Q., & Zhang, F. (2019). The Effect of marital status on endometrial cancer-related diagnosis and Prognosis: A Surveillance Epidemiology and End Results Database analysis. *Future Oncology*, 15(34), 3963-3976. <https://doi.org/10.2217/fon-2019-0241>

Ekselius, L. (2018). Personality disorder: a disease in disguise. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 123(4), 194-204. <https://doi.org/10.1080/03009734.2018.1526235>

Fava, M., Farabaugh, A., Sickinger, A. H., Wright, E., Alpert, J. E., Sonawalla, S. B., Nierenberg, A. A., & Worthington, J. J. (2002). Personality disorders and depression. *Psychological Medicine*, 32(6), 1049-1057. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005780>

Foster, J. A. & MacQueen, G. (2008). Neurobiological Factors Linking Personality Traits and Major Depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(1), 6-13. <https://doi.org/10.1177/070674370805300103>

Fjermestad-Noll, J., Ronningstam, E., Bach, B., Rosenbaum, B., & Simonsen, E. (2019). Characterological depression in patients with narcissistic personality disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(8), 539-545. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1664630>

Gawda, B., & Czubak, K. (2017). Prevalence of personality disorders in a general population among men and women. *Psychological Reports*, 120(3), 503-519. <https://doi.org/10.1177/0033294117692807>

Gescher, D. M., Kahl, K. G., Hillemacher, T., Frieling, H., Kuhn, J. & Frodl, T. (2018). Epigenetics in Personality Disorders: Today's Insights. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00579>

Giner Zaragoza, Francesc, Lera Calatayud, Guillem, Vidal Sánchez, María Luisa, Puchades Muñoz, Mari Paz, Rodenes Pérez, Ainhoa, Císcar Pons, Sonia, Chiclana Actis, Carlos, Martín Vivar, María, Garulo Ibáñez, Teresa, Tapia Alcañiz, José, Díaz Esteban, Elena, & Ferrer Ferrer, Lucía. (2015). Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria: estudio

descriptivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 789-799. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000400007>

Goerling, U., Hinz, A., Koch-Gromus, U. et al. Prevalence and severity of anxiety in cancer patients: results from a multi-center cohort study in Germany. *J Cancer Res Clin Oncol* 149, 6371–6379 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00432-023-04600-w>

Grassi, L., Caruso, R., Riba, M., Lloyd-Williams, M., Kissane, D. W., Rodin, G., McFarland, D. C., Campos-Ródenas, R., Zachariae, R., Santini, D., & Ripamonti, C. (2023). Anxiety and Depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open*, 8(2), 101155. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.101155>

Habimana, S., Biracyaza, E., Mpunga, T., Nsabimana, E., Kayitesi, F., Nzamwita, P., & Jansen, S. (2023). Prevalence and associated factors of depression and anxiety among patients with cancer seeking treatment at the Butaro Cancer Center of Excellence in Rwanda. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.972360>

Hashemi, S. M., Rafiemanesh, H., Aghamohammadi, T., Badakhsh, M., Amirshahi, M., Sari, M., Behnamfar, N., & Roudini, K. (2019). Prevalence of anxiety among breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer*, 27(2), 166-178. <https://doi.org/10.1007/s12282-019-01031-9>

Hayden, E. P., & Klein, D. N. (2001). Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *The American journal of psychiatry*, 158(11), 1864–1870. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1864>

Hayward, R. D., Taylor, W. D., Smoski, M. J., Steffens, D. C. & Payne, M. E. (2013). Association of Five-Factor Model Personality Domains and Facets with Presence, Onset, and Treatment Outcomes of Major Depression in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 88-96. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.11.012>

Hughes, B., Costello, C., Pearman, J., Razavi, P., Bedford-Petersen, C., Ludwig, R. M., & Srivastava, S. (2021). The big five across socioeconomic status: measurement invariance, relationships, and age trends. *Collabra*, 7(1). <https://doi.org/10.1525/collabra.24431>

Hughes, D. J., Kratsiotis, I. K., Niven, K. & Holman, D. (2020). Personality traits and emotion regulation: A targeted review and recommendations. *Emotion*, 20(1), 63-67. <https://doi.org/10.1037/emo0000644>

İzci, F., Sarsanov, D., iyigun Erdogan, Z., Ilgun, A. S., Celebi, E., Alco, G., Kocaman, N., Ordu, C., Ozturk, A., Duymaz, T., Pilavci, K. N., Elbuken, F., Agacayak, F., Aktepe, F., Unveren, G., Ozdem, G., Eralp, Y. & Ozmen, V. (2018). Impact of Personality Traits, Anxiety, Depression and Hopelessness -ñLevels on Quality of Life in the Patients with Breast Cancer. *European Journal of Breast Health*. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3724>

Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H. & Ormel, J. (2016). Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time: a meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants. *Psychological Medicine*, 46(14), 2883-2906. <https://doi.org/10.1017/s0033291716001653>

Jia, Y., Li, F., Liu, Y., Zhao, J., Leng, M. & Chen, L. (2017). Depression and cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 149, 138-148. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.04.026>

Kiecolt-Glaser, J. & Glaser, R. (1999). Psychoneuroimmunology and cancer: fact or fiction? *European Journal of Cancer*, 35(11), 1603-1607. [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(99\)00197-5](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(99)00197-5)

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>

Klein, D. N., Kotov, R. & Bufferd, S. J. (2011). Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 269-295. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540>

Li, J., Ma, H., Zhou, H., Huang, Y., Wu, L., Li, J. & Zhu, G. (2011). Association Between DARPP-32 Gene Polymorphism and Personality Traits in Healthy Chinese-Han Subjects. *Journal of Molecular Neuroscience*, 44(1), 48-52. <https://doi.org/10.1007/s12031-011-9505-7>

Li, T. (2021). An Overview of Schizoid Personality Disorder. In 2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021) (pp. 1657-1663). Atlantis Press.

Llorente, Y. J., Tejada, B. A. M., & Herrera, J. L. (2019). Depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en una institución de IV nivel en Montería, Colombia. *Enfermería global*, 18(4), 230-253. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.354161>

Ma, H., Huang, Y., Zhang, B., Jin, L., Cong, Z., Wang, Y., Li, J. & Zhu, G. (2013). Neurotensin Receptor 1 Gene Polymorphisms Are Associated with Personality

Traits in Healthy Chinese Individuals. *Neuropsychobiology*, 69(1), 11-18. <https://doi.org/10.1159/000356966>

McFarland, D. C., Morita, J., & Alici, Y. (2019). Personality Disorders in Patients with Cancer. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 33(10), 686510.

Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncology*, 14(8), 721–732. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70244-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70244-4).

Mohammadi, M. R., Pourdehghan, P., Mostafavi, S., Khaleghi, A., & Ahmadi, N. (2023). Prevalence, sociodemographic correlates, and comorbidity of personality disorders in the general population of Iran. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04716-9>

Molinera, G. (2009). Trastornos de personalidad y depresión. *SEMERGEN*, 35.

Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. W. & Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25(2), 111-117. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(81\)90098-2](https://doi.org/10.1016/0022-3999(81)90098-2)

Nakaya, N., Bidstrup, P. E., Saito-Nakaya, K., Frederiksen, K., Koskenvuo, M., Pukkala, E., Kaprio, J., Floderus, B., Uchitomi, Y. & Johansen, C. (2010). Personality Traits and Cancer Risk and Survival Based on Finnish and Swedish Registry Data. *American Journal of Epidemiology*, 172(4), 377-385. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq046>

Newton-Howes, G., Tyrer, P. & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*, 188(1), 13-20. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.1.13>

Neyrinck, B. (2021). Histrionic personality features and depression: the role of emotion regulation and need frustration. <https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/41333>

Noel, M. S., & Fiscella, K. (2019). Disparities in pancreatic cancer treatment and outcomes. *Health equity*, 3(1), 532-540. <https://doi.org/10.1089/hecq.2019.0057>

Pezzin, L. E., Nattinger, A. B., McGinley, E. L., & Pezzin, L. E. (2017). Socioeconomic status and breast cancer treatment. *Breast Cancer Research and Treatment*, 167(1), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4490-3>

Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N. & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*, k1415. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>

Portella, M. J., Harmer, C. J., Flint, J., Cowen, P. & Goodwin, G. M. (2005). Enhanced Early Morning Salivary Cortisol in Neuroticism. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 807-809. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.807>

Prince, E. J., Siegel, D. J., Carroll, C. P., Sher, K. J. & Bienvenu, O. J. (2020). A longitudinal study of personality traits, anxiety, and depressive disorders in young adults. *Anxiety, Stress, & Coping*, 34(3), 299-307. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1845431>

Puyané, M., Subirà, S., Torres, A., Roca, A., Garcia-Esteve, L. & Gelabert, E. (2022). Personality traits as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 298, 577-589. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.010>

Qiu, M., Yang, D., & Xu, R. (2016). Impact of marital status on survival of gastric adenocarcinoma patients: results from the Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) database. *Scientific Reports*, 6(1). <https://doi.org/10.1038/srep21098>

Reif, A. (2015, 1 septiembre). Allelic variation in CRHR1 predisposes to panic disorder: evidence for biased fear processing. *Molecular Psychiatry*, 21(6), 813-822. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.125>

Rico, J. L., Restrepo, M., & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en medición*, 3(1), 73-86.

Riedl D, Schüßler G. Factors associated with and risk factors for depression in cancer patients – A systematic literature review. *Transl Oncol*. (2022) 16:101328. doi: 10.1016/j.tranon.2021.101328

Rimlinger, B. (2010). Dépressions et troubles de la personnalité : influences réciproques. *L'Encéphale*, 36, S123-S126. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(10\)70043-9](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(10)70043-9)

Rivest J, Levenson J. Clinical features, assessment, and diagnosis of unipolar depressive disorders in patients with cancer (2019). In: Silver JM, Block SD. (eds.) *UpToDate*. Waltham, MA.

Román Mella, F., Vinet, E. V., & Alarcón Muñoz, A. M. (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIII(2),179-190.[fecha de Consulta 8 de Noviembre de 2022]. ISSN: 0327-6716. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281943265009>

Rosenbluth, M., Macqueen, G., McIntyre, R. S., Beaulieu, S., Schaffer, A., & Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid personality disorders. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 24(1), 56–68.

Ruiz, F. J., Martín, M. B. G., Falcón, J. C. S., & González, P. O. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale-21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 97-105.

Sadeq, N. A. & Molinari, V. (2017). Personality and its Relationship to Depression and Cognition in Older Adults: Implications for Practice. *Clinical Gerontologist*, 41(5), 385-398. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1407981>

Sanchez-Roige, S., Gray, J. C., MacKillop, J., Chen, C. H. & Palmer, A. A. (2017). The genetics of human personality. *Genes, Brain and Behavior*, 17(3), e12439. <https://doi.org/10.1111/gbb.12439>

Salmon, C., Song, L., Muir, K., Pashayan, N., Dunning, A. M., Batra, J., Chambers, S. K., Stanford, J. L., Ostrander, E. A., Park, J. Y., Lin, H., Cussenot, O., Cancel-Tassin, G., Ménégau, F., Cordina-Duverger, E., Kogevinas, M., Llorca, J., Kaneva, R., Slavov, C., . . . Parent, M. (2021). Marital status and prostate cancer incidence: A pooled analysis of 12 case–control studies from the PRACTICAL Consortium. *European Journal of Epidemiology*, 36(9), 913-925. <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00781-1>

Shah, A. Q., Prasad, D., Caropreso, L., Frey, B. N., & De Azevedo Cardoso, T. (2023). The Comorbidity between Borderline Personality Disorder (BPD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD): a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 164, 304-314. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.009>

Shao, X. & Zhu, G. (2020). Associations Among Monoamine Neurotransmitter Pathways, Personality Traits, and Major Depressive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00381>

Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Collins, J. F., Elkin, I., Sotsky, S. M. & Docherty, J. P. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry* 176, 711–718.

Shi, F., Shaver, L.G., Kong, Y. et al. Sociodemographics and their impacts on risk factor awareness and beliefs about cancer and screening: results from a cross-sectional study in Newfoundland and Labrador. *BMC Public Health* 20, 1513 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09616-2>

Shou, Y., Lay, S. E., De Silva, H. S., Xyrakis, N., & Sellbom, M. (2021). Sociocultural Influences on Psychopathy Traits: A Cross-National Investigation. *Journal of Personality Disorders*, 35(2), 194-216. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_428

Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). Cancer Statistics, 2023. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 73(1), 17-48. <https://doi.org/10.3322/caac.21763>

Smith, D. J., Escott-Price, V., Davies, G., Bailey, M. E. S., Colodro-Conde, L., Ward, J., Vedernikov, A., Marioni, R., Cullen, B., Lyall, D., Hagenaars, S. P., Liewald, D. C. M., Luciano, M., Gale, C. R., Ritchie, S. J., Hayward, C., Nicholl, B., Bulik-Sullivan, B., Adams, M., . . . O'Donovan, M. C. (2016). Genome-wide analysis of over 106 000 individuals identifies 9 neuroticism-associated loci. *Molecular Psychiatry*, 21(6), 749-757. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.49>

Sontag, S. (2012). La enfermedad y sus metáforas | El sida y sus metáforas. DEBOLS!LLO.

Suárez, B. G., Molina, Á., Mosquera, J., Martínez, A., Lado, M., Forjan, M., Liste, R., Reboredo, C., Gómez-Randulfe, I., Cordeiro, P., Coroas, O., & Deben, M. (2019). Socio-demographic characteristics and quality of life analysis of cancer survivors followed at a primary care center. *Annals of Oncology*, 30, v834. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz275.019>

Szelei, A., & Döme, P. (2020). Daganatos megbetegedések és a depresszió: rövid irodalmi áttekintés, *Orvosi Hetilap*, 161(22), 908-916. Retrieved Nov 4, 2022, from <https://akjournals.com/view/journals/650/161/22/article-p908.xml>

Trevino, K. M., Saracino, R. M. & Roth, A. J. (2021). Symptomatology, assessment, and treatment of anxiety in older adults with cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, 12(2), 316-319. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.06.011>

Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>

Turhal, N. S., Demirhan, S., Satici, C., Cinar, C. & Kinar, A. (2013). Personality Traits in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(8), 4515-4518. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2013.14.8.4515>

Valderrama Rios, M. C. & Sánchez Pedraza, R. (2018). Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 211-220. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.04.003>

Vespa, A., Giulietti, M. V., Fabbietti, P., Di Rosa, M., Gattafoni, P., Sarzani, R., Arnaldi, G., Balercia, G., Berardi, R., Salvo, G., Attademo, L. & Spatuzzi, R. (2022). Structural Analysis of Social Behavior: Using Cluster Analysis to Examine Intrapsychic Personality Traits Associated With Depression in Women With Breast Cancer. *Cancer Control*, 29, 107327482211033. <https://doi.org/10.1177/10732748221103327>

Vujicic, M. & Randjelovic, D. (2017). Personality traits as predictors of depression, anxiety, and stress with secondary school students of final years. *Зборник радова Филозофског факултета у Приштини*, 47-3, 217-237. <https://doi.org/10.5937/zrffp47-14984>

Wang, X., Wang, N., Zhong, L., Wang, S., Zheng, Y., Yang, B., Zhang, J., Lin, Y. & Wang, Z. (2020). Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. *Molecular Psychiatry*, 25(12), 3186-3197. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-00865-6>

Wang, H., Sun, X., Yue, H., Yang, Y. & Feng, D. (2021). The dyadic effects of personality traits on depression in advanced lung cancer patients and caregivers: The mediating role of acceptance of illness. *European Journal of Cancer Care*, 31(1). <https://doi.org/10.1111/ecc.13538>

Weber, H., Richter, J., Straube, B., Lueken, U., Domschke, K., Schartner, C., Klauke, B., Baumann, C., Pané-Farré, C., Jacob, C. P., Scholz, C. J., Zwanzger, P., Lang, T., Fehm, L., Jansen, A., Konrad, C., Fydrich, T., Wittmann, A., Pfleiderer, B., Reif, A. (2015). Allelic variation in CRHR1 predisposes to panic disorder: evidence for biased fear processing. *Molecular Psychiatry*, 21(6), 813-822. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.125>

White, M. C., Holman, D. M., Boehm, J., Peipins, L. A., Grossman, M., & Henley, S. J. (2014). Age and cancer risk. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(3), S7-S15. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.10.029>

Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Wang, A., & Furtado, V. (2019). The Prevalence of Personality Disorders in the Community: A Global Systematic review and Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69-78. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>

Zhu, S., & Lei, C. (2023). Association between marital status and all-cause mortality of patients with metastatic breast cancer: a population-based study. *Scientific Reports*, 13(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36139-8>