

**UNIVERSIDAD DE SONORA  
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**INDICADORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CÁNCER  
CERVICOUTERINO: AFRONTAMIENTO, ANSIEDAD,  
DEPRESIÓN Y ESTILO ACTIVO/PASIVO**



**Biblioteca Central Universitaria**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**MARÍA MARTHA MONTIEL CARBAJAL**

# Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

Hermosillo, Sonora a 11 de octubre de 1996.

M.C. Francisco Obregón Salido  
Director de la Maestría en Psicología  
de la Universidad de Sonora  
P R E S E N T E

A través de este medio hacemos de su conocimiento que después de haber concluido la asesoría y revisión de la tesis intitulada

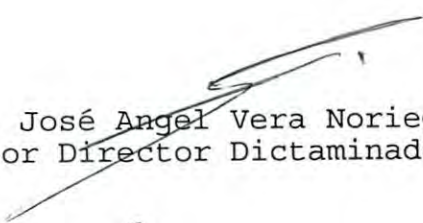
**Indicadores psicológicos asociados al cáncer cérvicouterino:  
afrentamiento, ansiedad, depresión y estilo activo/pasivo**

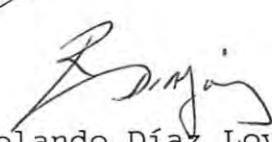
que para optar por el grado de Maestra en Psicología presenta

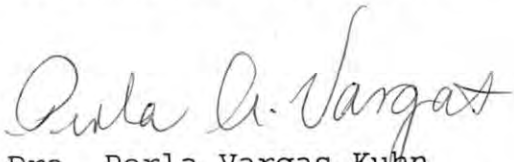
**María Martha Montiel Carbajal**

los que suscriben, asesores dictaminadores de tesis, manifestamos que el trabajo presentado cumple con el decoro académico que exige el nivel al que se aspira. Por lo anterior, se emite el voto aprobatorio para que se presente el exámen de grado correspondiente.

A T E N T A M E N T E

  
M.C. José Ángel Vera Noriega  
Asesor Director Dictaminador

  
Dr. Rolando Díaz Loving  
Dictaminador Propietario

  
Dra. Perla Vargas Kuhn  
Dictaminadora Propietaria

**DEDICATORIA**

A mi hijo Pedro Etienne, por su paciencia, amor y compañerismo.

A mi madre, constante apoyadora de todo lo que emprendo.

A Laura, por todo lo compartido, entre ello su invitación al trabajo en equipo y por su invaluable amistad.

A todos mis compañeros alumnos de la segunda generación de la Maestría en Psicología con quienes compartí la delicia de ser nuevamente alumna y el reto de aprender.

A mis maestros Elías Robles Sotelo, Fernando Avila Murillo y Armando Haro por sus enseñanzas.

A mis asesores Rolando Díaz Loving y Perla Vargas Kuhn por todo su apoyo.

A mi maestro José Angel Vera Noriega por todo su apoyo, su paciencia y su amistad.

### AGRADECIMIENTOS

No hay nada que se aprecie más que lo que nos resulta difícil de realizar, lo que representa un reto y nos entusiasma. En igual medida se aprecia la colaboración de todas aquellas personas de las que se recibió el apoyo para cumplir con el reto.

En este trabajo de investigación son muchas las personas e instituciones a las que indudablemente les agradezco su apoyo. En primer término a mis alumnas que con su esforzado trabajo permitieron contar con los datos, materia prima para el análisis. Agradezco de todo corazón la participación de Paula Castañeda, Anita Domínguez, Rosario Armenta, Mary y Lorenia.

Agradezco a las instituciones de salud que permitieron que accediéramos a sus pacientes: Agrupación G. Papanicolaou, Hospital General del Estado, en especial al Dr. Cordón por su constante apoyo, Instituto Mexicano del Seguro Social y Hospital Chávez del ISSSTESON.

Así mismo, a todas las instancias académicas que nos brindaron los recursos financieros necesarios : CONACYT a través del apoyo al proyecto general de investigación; SEP y ANUIES a través de la beca para realización de tesis de maestría.

Al M.C. Pedro Ortega en su calidad de Director de Investigación y Posgrado y en su actual cargo de Vicerector de la Unidad Centro; al Maestro Juan Manuel Romero Gil, Director de la División de Ciencias Sociales, ; al Lic. Carlos Tena Figueroa, Jefe del Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación; al Maestro Francisco Obregón Salido, Coordinador de la Maestría en Psicología, todos ellos con invaluable apoyo financiero y material.

## RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio descriptivo y analítico de las características psicosociales de mujeres con diagnóstico positivo de cáncer cérvicouterino. Se evaluaron factores de riesgo asociados a la enfermedad y los indicadores de depresión somática, depresión emocional, ansiedad rasgo, ansiedad estado, los estilos de afrontamiento activo de autogestión, afrontamiento pasivo, afrontamiento de búsqueda de apoyo, y los estilos de confrontación de autoafirmación activa, de control interno activo, de audacia y de autonomía. Dichos indicadores fueron derivados del análisis psicométrico de los instrumentos seleccionados para la evaluación que fueron: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger, Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckham y Adams, y Escala de Filosofía de Vida de Díaz Guerrero. Se seleccionaron a través de muestreo no probabilístico a 29 mujeres que estaban sometidas a tratamiento de radioterapia y a 29 mujeres pacientes ambulatorias de servicios de salud pública similares apareadas - a través de las características de estado civil, años de escolaridad y edad - que fungieron como grupo de comparación. Se corrieron análisis descriptivos, correlacionales intragrupo y comparativos intergrupo con la finalidad de establecer similitudes y diferencias entre los grupos estudiados. Los datos encontrados muestran que las sujetos con cáncer cérvicouterino utilizan más el estilo de afrontamiento de búsqueda de apoyo y presentan un mayor nivel de depresión somática; cuando las sujetos experimentan ansiedad y depresión somática, usualmente presentan índices bajos de autonomía aunado a una mayor búsqueda de apoyo en otros; se encontró también que a mayor nivel de ansiedad experimentada muestran índices bajos de autoafirmación activa y un mayor uso del estilo pasivo de afrontamiento. Se discuten los principales hallazgos y las limitaciones que en generalización de los datos puede alcanzarse en estudios transversales y retrospectivos.

**Í N D I C E****1. ANTECEDENTES**

1.1. La participación de lo psicológico en la explicación del cáncer cérvicouterino	1
1.2. Multideterminación del cáncer cérvicouterino	10
1.2.1. Factores biológicos	10
1.2.2. Factores sociales	11
1.2.3. El factor edad	13
1.2.4. Factores relativos a hábitos y costumbres	14
1.2.5. Factores socioeconómicos	15
1.2.6. Factores culturales	17

**2. MARCO TEÓRICO**

2.1. Variables psicológicas implicadas en el origen y curso del cáncer cérvicouterino	18
2.1.1. Estilos de afrontamiento y de personalidad	20
2.1.2. Estilos de afrontamiento y características de los eventos vitales estresantes	27
2.1.3. Estilos de afrontamiento y respuestas emocionales	33
2.1.4. Estilos de afrontamiento y ecosistema cultural	38
2.1.5. Supuestos y objetivos	41

**3. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS**

3.1. Definición de dimensiones y variables de medición	44
3.1.1. Inventario de Depresión de Beck	46



3.1.2. Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado de Spielberger	48
3.1.3. Escala de estrategias de afrontamiento de Beckham y Adams	49
3.1.4. Escala de Filosofía de Vida de Díaz Guerrero	59
3.1.5. Entrevista estructurada para factores de riesgo	63
3.2. Sujetos y diseño	68
3.3. Entrenamiento de entrevistadoras y procedimiento de aplicación	70
3.4. Análisis de datos	72
<b>4. RESULTADOS</b>	
4.1. Factores de riesgo	73
4.2. Análisis de frecuencias	76
4.3. Análisis de correlación	82
4.4. Análisis de comparación de medias	93
<b>5. DISCUSIÓN</b>	100
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b>	109
<b>7. ANEXO 1. Inventarios</b>	117

## LISTA DE FIGURAS

Número		Página
1	Relación de las dimensiones biológica, psicológica y social en el origen y curso de la enfermedad	37
2	Modelo gráfico de asociaciones de las variables psicológicas para el grupo de estudio	88
3	Modelo gráfico de asociaciones de las variables psicológicas para el grupo control	93

## LISTA DE TABLAS

Número		Página
1	Valores Alpha y Alpha corregidos para las subescalas de afrontamiento	55
2	Agrupamiento en factores y pesos factoriales de las escalas de afrontamiento	57
3	Factores de la Escala de Filosofía de Vida y valores de consistencia interna	63
4	Factores de riesgo para cáncer cérvicouterino	66
5	Características sociodemográficas de los sujetos del grupo de estudio y grupo control	70
6	Resultados de factores de riesgo para sujetos con cáncer cérvicouterino y sujetos controles	75
7	Estadística descriptiva para las variables psicológicas en el grupo control	77
8	Estadística descriptiva para las variables psicológicas en el grupo de estudio	78
9	Estilos de afrontamiento elegidos para el Grupo control y el Grupo de Estudio	82
10	Valores de correlación entre variables psicológicas para el grupo de estudio	87
11	Valores de correlación entre variables psicológicas para el grupo control	92
12	Comparación de medias para variables psicológicas entre grupo de estudio y grupo control	95
13	Comparación de medias de las variables psicológicas de grupo de estudio y grupo control (puntuaciones bajas)	99
14	Comparación de medias de las variables psicológicas de grupo de estudio y grupo control (puntuaciones altas)	100

## ANEXO

1	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger	119
2	Inventario de Depresión de Beck	<u>121</u>
3	Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckham y Adams (versión completa)	124
4	Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckham y Adams (versión corta)	129
5	Escala de Filosofía de Vida de Díaz Guerrero	133
6	Entrevista estructurada para factores de riesgo	137

## 1. ANTECEDENTES

### 1.1. La participación de lo psicológico en la explicación del cáncer cérvicouterino.

En los países desarrollados las enfermedades crónico-degenerativas han venido a ocupar en las últimas décadas los primeros lugares en los índices de morbi-mortalidad, particularmente los trastornos cardiovasculares, la diabetes y el cáncer (Bayés, 1985; McAllister, Horowitz y Guilden, 1993; Feist y Brannon, 1988.).

En el caso particular de nuestro país el incremento de tales padecimientos se ha hecho patente, aún cuando las características propias de desarrollo no corresponden a las de los países del primer mundo. Una aproximación global, sostiene que los padecimientos crónicos obedecen o se relacionan con las transformaciones demográficas, sociales y económicas que caracterizan a las diferentes naciones, es en este sentido que el cáncer (así como otros trastornos crónico-degenerativos), se han conceptualizado como el padecimiento de los países desarrollados (Frenk, Frejka, Bobadilla, Stern, Lozano, Sepúlveda y Marco, 1991).

En el caso de México, las condiciones de salud han cambiado significativamente en los últimos cincuenta

años. En la década de los treinta, el 60% de las muertes era debido a enfermedades infecciosas, disminuyendo ésta proporción a menos del 20% para la década de los ochenta, mientras que para el caso de las enfermedades crónicas, el porcentaje de mortalidad aumentó un 30% entre 1950 y 1984 (op cit).

De acuerdo con los datos reportados por la Secretaría de Salud Pública (Cisneros, 1992; Secretaría de Salud Pública en el Estado de Sonora, 1992), los tumores malignos se encuentran entre las primeras cinco causas de muerte, tanto en la República Mexicana como en Sonora. Específicamente para la población femenina, los tipos de cáncer más comunes son el cérvicouterino y el de mama.

En 1983 (más de 10 años) el cáncer cérvicouterino (CACU) ocupó el quinto lugar dentro de las 10 principales causas de defunción en la población entre 15 y 65 años de edad (Cavazos, Estad, Río, Izazola, Lezama y Valdespino, 1989) y la primera causa de muerte a partir de los 45 años de edad (Tenorio, 1992).

El CACU es el tumor maligno más frecuente, representa el 21.4% del total de las neoplasias malignas, el 35% de las neoplasias que afectan a la mujer y constituye el 85% de las neoplasias ginecológicas (Tenorio, 1992).

Se considera al CACU como una enfermedad de transmisión sexual, debido a que: ocurre más comúnmente en mujeres con un alto número de compañeros sexuales; en mujeres cuyos compañeros tienen cáncer peniano; en la segunda esposa de hombres cuya primera tuvo CACU; raramente ocurre en vírgenes y si es así, las características citológicas son muy peculiares; y parece relacionado con el método anticonceptivo utilizado (Larsen, Vetner, Hansen y Fey, 1988).

Los esfuerzos por combatir y prevenir este padecimiento se han dirigido por un lado, al desarrollo de alta tecnología para detección y curación y, por otra parte, a la identificación de factores de riesgo asociados al origen del padecimiento.

A este respecto, el concepto de **factor de riesgo** en la investigación biomédica se ha expandido de manera tal, que no solamente se pretende identificar aquellos agentes biológicos asociados linealmente a la enfermedad, sino además, identificar aquellas condiciones socioculturales y psicológicas que facilitan o propician su desarrollo.

El **concepto de salud** se conceptualiza como un proceso en un continuo salud-enfermedad donde la dinámica ecológica relativiza los estados del organismo de acuerdo a las condiciones del ambiente biológico, físico, psicológico, económico y social donde se verifica la

interacción organismo-ambiente, caracterizada por la variación y adaptación/desadaptación continua del organismo (San Martín, 1984).

Desde esta óptica, la identificación de aquellos elementos que dan lugar a la variación y a la adaptación/desadaptación, permitiría investigar su contribución relativa en el proceso salud-enfermedad, caracterizándolos como factores de riesgo que coadyuvan a la desadaptación o como factores promotores de la adaptación.

De acuerdo con el esquema de la historia natural de la enfermedad (Leavell y Clark, citados en Novoa, 1981), los factores de riesgo asociados a una enfermedad interactúan durante el período prepatogénico, donde no es posible aún detectar la presencia de la enfermedad, pero la detección y precisión de los factores de riesgo implicados posibilita la planeación de acciones preventivas primarias y de detección temprana.

En el caso del CACU se han estudiado un número considerable de factores de riesgo incluyendo factores biológicos, químicos, conductuales y socio-económicos. De manera especial, la interacción de factores de naturaleza psicológica y sociocultural sobre la respuesta inmunológica del organismo. La finalidad de estos estudios es identificar qué factores se asocian al origen



y desarrollo de la enfermedad y la interrelación entre ellos, para así contar con información que permita formular a largo plazo estrategias de prevención e intervención exitosas.

Existen a la fecha diversos planteamientos acerca de la participación de variables psicológicas en el fenómeno salud-enfermedad. Como un ejemplo de ello, Berkman (1981) propone que el papel que juega los factores provenientes del ambiente social en la determinación de la enfermedad requiere de procesos de mediación que pudiesen ser de naturaleza psicosocial. De acuerdo a la concepción de la autora se identifican procesos tales como:

- 1) Procesos conductuales donde personas en circunstancias sociales y culturales específicas mantienen prácticas saludables o peligrosas para su salud.
- 2) Procesos psicológicos donde las personas responde a circunstancias específicas deprimiéndose o cambiando sus procesos de afrontamiento y apreciación.
- 3) Cambios fisiológicos directos, factores de riesgo biológicos y procesos que se alteran ante la exposición a circunstancias ambientales particulares (reactividad biológica involuntaria: sistemas inmunitario, hormonal y neural).

Estos factores considerados mediadores pueden

influenciar directamente a factores socioambientales revirtiendo la cadena causal. Berkman (op cit) considera que las condiciones socioambientales pueden funcionar como factores predisponentes que afectan la resistencia general a la enfermedad, y que otros factores (susceptibilidad genética, exposición a estímulos nocivos) pueden determinar la vulnerabilidad a la enfermedad.

Algunos psicólogos como Ribes (1990) y Bayés (1987) han formulado aproximaciones explicativas precisando la naturaleza de la interacción psicológica con la salud-enfermedad.

Por su parte Ribes (op cit) plantea que el comportamiento se define como la práctica individual de un organismo biológico en un medio ambiente regulado por relaciones socioculturales.

El conocimiento relativo a la experiencia idiosincrásica del individuo es indispensable para examinar los aspectos particulares de su funcionamiento biológico, que lo distinguirían de otros individuos.

Así, el análisis psicológico "...constituye la dimensión en la que se plasma la individualidad de una biología particular como entidad ubicada en un entorno, y su estado continuo entre salud-enfermedad como componente integral y condición de una práctica interactiva

permanente" (Ribes 1990, pág. 17).

La dimensión psicológica de la salud, argumenta Ribes, implica un papel mediador donde la interacción entre condiciones ambientales y el organismo se establece mediante la práctica social de los individuos. Esta participación del comportamiento o práctica social en relación a la salud puede manifestarse de 3 maneras:

1) La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, como regulador de contacto organismo-medio ambiente.

2) Las competencias del individuo que definen su efectividad para interactuar con situaciones que afectan directa o indirectamente su estado de salud.

3) La manera consistente en que el individuo establece el contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

Por su parte, Bayés (op cit) reconoce la necesidad de un modelo multideterminado de enfermedad donde las variables psicológicas afectan al funcionamiento biológico a través de 3 vías principales:

1) Variables cognitivas y emocionales capaces de regular las respuestas neurológicas, inmunológicas y endócrinas.

2) Variables conductuales tales como los estilos de vida que pueden afectar al organismo (alimentación,

ejercicio, tabaquismo, alcoholismo, etc).

3) Variables conductuales modificadoras del medio ambiente natural y social de manera física directa (alteración de las condiciones por contaminación) y simbólica (propiedades condicionadas de los eventos que pueden afectar a las variables cognitivas y emocionales).

En congruencia con estos planteamientos se puede afirmar que si la psicología es concebida como el estudio de la interacción organismo-ambiente, supone que el estudio de la salud-enfermedad de un organismo requiere la precisión de las prácticas individuales de dicho organismo, donde en su interacción con el medio ambiente entra en contacto con agentes físicos, químicos, biológicos y socio-culturales que pudiesen modificarlo.

El estudio y definición de estas prácticas y sus condicionantes en relación a una entidad nosológica determinada, puede ser abordado desde cualquier punto de la definición de una historia natural de la enfermedad. Así, por ejemplo:

1) Las prácticas individuales determinadas por los hábitos y costumbres típicos de un grupo social posibilitan el contacto con agentes etiopatogénicos o con factores de riesgo que en determinadas condiciones del organismo posibilitan a su vez el desarrollo de la enfermedad (Gottlieb y Green, 1988).

2) Las prácticas de salud y las creencias acerca de la salud-enfermedad llevarán al individuo a desplegar diferentes comportamientos compatibles con la recuperación del organismo; a la búsqueda de diferentes aproximaciones curativas (tradicionales alternativas o biomédicas) y con ello canalizar diferencialmente el rumbo del proceso (Berkman, 1981).

3) Las formas idiosincrásicas en que se enfrentan situaciones vitales estresantes y la percepción particular que el individuo tenga de la disponibilidad y eficacia de las redes de apoyo social puede llevar a niveles de reactividad biológica que alteren los estados del funcionamiento del organismo (Broadhead, 1983; Steiner, Norman, McFarlane y Roy, 1981; Reed, 1984; citados en Mouriño y Viniegra, 1991; Goodkin, Antoni, Sevin y Fox, 1993a).

4) El impacto que en el estilo de vida del individuo pudiese tener una enfermedad, está mediado por las habilidades del individuo para afrontar la enfermedad y sus efectos (Derogatis, Abeloff y Melasaratos, 1979).

5) Las creencias acerca de la salud del individuo, así como los estilos de afrontamiento a la enfermedad ejercerán algún efecto sobre el éxito del tratamiento ya sea favoreciéndolo u obstaculizándolo (Schmale y Iker, 1971; Taylor, 1991; Levenson y Bemis, 1991).

En resumen, las ciencias biológicas y del comportamiento poseen las herramientas teóricas y metodológicas para el estudio de los procesos de salud - enfermedad, con el objeto de integrar modelos preventivos. Los estilos, las competencias y la conducta instrumental entendidos como productos individuales e idiosincrásicos de la cultura debieran considerarse en la investigación de factores de riesgo psicosocial relacionados con el cáncer cérvicouterino en particular y con los procesos salud - enfermedad en general.

## **1.2 Multideterminación del cáncer cérvicouterino.**

A continuación se describen algunos de los hallazgos en la investigación sobre el origen, desarrollo y patrones de recuperación, remisión o recaída del cáncer cérvicouterino.

### **1.2.1. Factores biológicos**

La definición del CACU como una enfermedad de transmisión sexual, se desprende de la participación de la actividad sexual como dimensión comportamental asociada a su epidemiología. Aunado a ello, existe evidencia suficiente que ha llevado a los investigadores a delimitar agentes de naturaleza viral como vectores.

A la fecha, existen dos grupos de agentes virales implicados con funciones hipotéticas: (1) el **papilloma**

**virus humano (HPV)** cuya función presumiblemente es la de promotor del desarrollo de la enfermedad, dada una condición antecedente de vulnerabilidad del organismo ocasionada por otros factores no biológicos y (2) otro agente viral, presumiblemente iniciador del proceso, el **herpes simplex virus tipo 2** (el mejor aislado como iniciador en diversos casos y estudios). También hipotetizados como iniciadores se encuentran procesos virales o infecciosos ocasionados por *tricomonas vaginalis*, *clamidia tracomalis*, *neiseria gonorrea*, *treponema palidum* y el esmegma masculino.

En el caso del HPV se han detectado alrededor de 60 tipos diferentes y en los estudios epidemiológicos se han establecido los tipos 16, 18, 31 y 33 como los mutágenos más virulentos (Tenorio, 1992; Goodkin, Antoni, Sevin y Fox, 1993a).

#### **1.2.2. Factores sociales**

Se han estudiado un número considerable de factores de riesgo de naturaleza social, donde los más importantes son el tabaquismo, la promiscuidad sexual tanto en la mujer como en el compañero.

En relación al tabaquismo se ha mencionado que dicho hábito tiene dos efectos importantes como agente etiopatogénico, a saber: la disminución de los niveles óptimos de vitaminas A, E y C que pudiesen asociarse a

deficiencias en la inmunidad celular, y la absorción de componentes carcinogénicos en la sangre, que actúan sinérgicamente con una infección de HPV (Slattery y cols., 1989; citado por Goodkin y cols., 1993a).

El segundo factor mencionado como de naturaleza social hace referencia a la promiscuidad sexual de la mujer y del compañero. Se ha observado que existe una asociación entre número de compañeros sexuales y riesgo de CACU, dado el incremento en la probabilidad de adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual, principalmente HPV. Sin embargo, entre ciertos grupos étnicos -por ejemplo latinas- las mujeres reportaban en su mayoría un solo compañero sexual, aunque una gran permisividad o resignación hacia las prácticas promiscuas de sus compañeros, de donde se deduce que la fuente de contagio es a través de la pareja ya contaminada.

La prostitución como tercer factor social se basa en el aumento en la probabilidad de contagio por el contacto con múltiples compañeros sexuales. No sólo la(el) prostituta(o) se encuentra en riesgo, sino una vez infectada se convierte en un vector huésped. Los datos indican que la incidencia y prevalencia de CACU es mayor entre prostitutas que entre mujeres vírgenes, hecho que pudiese corroborar la suposición anterior (Belcher, 1992; Skrabanek, 1988 citado en Goodkin y cols. 1993a).



### 1.2.3. El factor edad

Se ha encontrado a la edad como el factor individual de mayor riesgo para el desarrollo del cáncer.

Esta variable puede considerarse como un factor de riesgo desde varias perspectivas.

En primer término se ha encontrado que a mayor edad, se presenta una disminución del funcionamiento óptimo del sistema inmunitario. Sin embargo, sus efectos no son negativos del todo, pues el crecimiento tumoral es más lento y se requiere de más tiempo para que se presenten metástasis, en comparación con tumores similares en mujeres más jóvenes.

En segundo término, la edad de la primera menarca y la edad del primer coito son dos factores donde se ha encontrado un peso predictivo importante para la etiología del CACU. Igualmente sucede con el número de parejas sexuales antes de los 20 años.

Diversos estudios reportados han establecido que el riesgo de neoplasia cervical se incrementa entre las mujeres que inician su vida sexual a edad temprana y que tienen un mayor número de compañeros sexuales (Peters, Thomas, Hagan, Mack y Henderson, 1986; Brinton, Hamman y Huggins, 1987). Se considera que el riesgo es mayor en estos casos dada la amplitud de la zona de transformación que existe en el epitelio del cérvix de una púber, antes

de que la conjunción de los epitelios columnar y escamoso se retraigan hacia el endocérnix, es más susceptible de sufrir mutaciones celulares por la acción de las diversas agresiones que conlleva una relación sexual (traumáticas, físicas, químicas y biológicas) (Tenorio 1992).

#### **1.2.4. Factores relativos a hábitos y costumbres**

Los comportamientos asociados al despliegue de las actividades de alimentación, crianza, relaciones de pareja, educación de los hijos, etc. se denominan hábitos y costumbres.

En el caso que nos ocupa se han investigado cuatro aspectos de interés: tipo de método anticonceptivo utilizado, la higiene genital, la actividad sexual y la asistencia a servicios médicos. Todos ellos se encuentran sometidos a un condicionante más general, el estatus socioeconómico, donde puede observarse que en los niveles más bajos, estos comportamientos adquieren características de riesgo para la salud.

Se ha encontrado que la falta de hábitos de higiene genital expone a la mujer a enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, aquellas que no acostumbran el ducheo vaginal constante (más de una vez a la semana), suelen tener mejor protección. Es decir, se requiere la higiene genital pero no en exceso.

De manera similar el tipo de método anticonceptivo

elegido afecta el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, el ritmo, el coito interrumpido, métodos químicos u hormonales, no ofrecen protección alguna. Mientras que los métodos anticonceptivos de barrera brindan cierta protección.

Sobre la actividad sexual se ha encontrado que a mayor actividad, disminuye la citotoxicidad de las células NK y ocurre un decremento en las proporciones de células linfocitarias CD4/CD8. Otro efecto asociado es el incremento en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual debido a la disminución de la actividad inmunitaria y el incremento de la probabilidad de exposición al contagio.

Por último se ha observado que en la medida en que la asistencia al médico para chequeo ginecológico es más espaciada, aumenta el riesgo de enfermedad, pues es menos probable que se atiendan aquellas lesiones que pueden evolucionar hacia cáncer invasivo.

#### **1.2.5. Factores socio-económicos**

En el CACU, al igual que en otros padecimientos, el estatus socioeconómico bajo se encuentra asociado a una mayor incidencia y prevalencia. Son múltiples los factores de riesgo matizados por el estatus socioeconómico, de ellos ya se han abordado algunos en aspectos anteriores (edad, prácticas de higiene,

promiscuidad del compañero sexual, número de parejas sexuales).

Quedan algunos otros aspectos que también son compartidos por varios de los problemas de salud, tales como:

- a) bajo nivel educativo asociado a deficiencias en las prácticas promotoras de la salud (higiene, uso de métodos anticonceptivos, chequeo periódico de exploración y Papanicolaou).
- b) dificultades para acceder a servicios médicos y en caso de acceso, éstos son deficientes. En el caso de México, existe el Programa Nacional para la Prevención y Control del Cáncer cérvicouterino y mamario (Cisneros, 1992), sin embargo se reconoce la insuficiencia operativa para atender a toda la población (las dificultades para el acceso a poblados lejanos, para la aceptación del programa en las comunidades, para realizar las pruebas de laboratorio y que el médico cuente oportunamente con los resultados y se inicie el tratamiento).
- c) el enfrentamiento de experiencias vitales estresantes caracterizadas por su cronicidad e inescapabilidad, tales como la zozobra cotidiana ante la carencia de recursos, la violencia familiar, el alcoholismo de alguno de sus miembros, carencia de una fuente de ingresos fija y suficiente, experiencias que modifican la prioridad de la

"prevención".

#### 1.2.6. Factores culturales

En este aspecto se engloban factores tales como los estilos de vida y las prácticas sociales acerca del cuidado de la salud.

Un ejemplo de especial importancia en cuanto a estilos de vida se refiere, es la práctica de la circuncisión entre la comunidad judía, cuyos efectos favorecen la higiene genital masculina y por tanto la disminución de la probabilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual y de contacto con el esmegma (secreción peneana) que se ha asociado también al CACU.

En cuanto a las prácticas sociales para el cuidado de la salud, resalta la idea prevaleciente en muchas comunidades de que todos los asuntos relacionados con la sexualidad de las mujeres deben ser tratados en ese núcleo, por lo que se ve con malos ojos, y hasta se prohíbe por los varones, que la mujer acuda al médico y mucho menos que se someta a una exploración ginecológica.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Variables psicológicas implicadas en el origen y curso del cáncer cérvicouterino.

Recientemente un grupo de investigadores de la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami y de la Universidad de Boston, publicaron una revisión descriptiva, analítica y crítica del estado actual de la investigación sobre la etiología del cáncer cérvicouterino (Goodkin, Antoni, Sevin y Fox 1993a).

Para su análisis y presentación de los hallazgos empíricos derivados de estudios epidemiológicos, experimentales y de caso, partieron del modelo biopsicosocial propuesto por Engel en 1977. Así mismo, presentaron una revisión similar que organiza los datos provenientes de la investigación y que arrojan evidencia acerca de la bioinmunología, psiconeuroinmunología y socioinmunología (Goodkin, Antoni, Sevin y Fox, 1993b). El modelo propone una integración de los aspectos biopsicosociales en la etiología del cáncer cérvicouterino centrados en el dominio psicológico. La pretensión de los autores no fue establecer un modelo de causalidad, sino sugerir al investigador interesado la necesidad de evaluar cada uno de los tres dominios del modelo (dominio social, dominio psicológico y dominio

biológico) en relación a hipótesis específicas que se pudiesen establecer para cualquiera de ellos. Así pues, lo más importante sería llevar a cabo la prueba de hipótesis de manera organizada y sistemática, para robustecer al modelo de tal manera que pudiese ponerse a prueba empíricamente.

#### **El dominio o dimensión social**

En este nivel se establecen 2 aspectos de interés:

a) El enfrentamiento del individuo a situaciones o eventos vitales estresantes (EVE), definidos por su impredecibilidad, incontrolabilidad o cronicidad.

b) El soporte o apoyo social del que pudiese echar mano el individuo y que cumpliría un papel mediador del impacto de EVE. El que pudiese cubrir esta función depende de la percepción del individuo acerca de su disponibilidad/ no disponibilidad, si es satisfactorio/ insatisfactorio, suficiente/insuficiente.

#### **El dominio o dimensión psicológica**

En este nivel se delimitan dos variables de interés:

a) Estilos de afrontamiento disposicionales (características de personalidad).

b) Estrategias de afrontamiento situacionales de acuerdo a los recursos del individuo.

De manera tal que sus caracterizaciones como pasividad/actividad, pesimismo/optimismo, temor/valentía,

matizará su papel como mediadores del impacto de la dimensión social.

### **El dominio o dimensión biológica**

El punto de interés aquí es la evaluación del impacto que en lo biológico tendrían las dimensiones anteriores. Aquí se hipotetiza que si se presenta un incremento en la angustia o aflicción concomitantemente se presentará un incremento en la actividad simpática adrenomedular y límbica-hipotalámica-pituitaria-adrenal. A este incremento pudiese corresponder un decremento en el funcionamiento celular inmunitario y a este último la progresión de una neoplasia intraepiteleal cervical en sus diferentes fases hacia cáncer invasivo (siempre y cuando existan las condiciones o ambiente histológico pertinente).

Para el caso de cáncer cérvicouterino existen tres tipos de factores psicológicos investigados: tipos de personalidad asociados al origen de la enfermedad, estilos de afrontamiento a eventos vitales estresantes y características de los eventos vitales percibidos como estresantes.

#### **2.1.1. Estilos de afrontamiento y de personalidad.**

A este respecto se ha hecho investigación demostrativa sobre la tendencia al uso de la represión y la negación como estrategias de afrontamiento, y el



incremento en la ansiedad y la depresión entre los sujetos con cáncer. En este sentido se ha postulado que la represión y la negación tienen efectos abrumadores cuando se usan crónicamente y producen desamparo y humor depresivo. Potencialmente pueden llevar hasta la depresión clínica y eventualmente favorecer o facilitar el desarrollo de un tumor, entre ellos uno invasivo cervical (Schmale e Iker, 1971). En todos los estudios que se describen a continuación se parte de la suposición de que los eventos psicológicos tienen una asociación con la enfermedad, donde la alteración histológica es condición necesaria y los procesos psicológicos asociados pudiesen estar coparticipando y así coadyuvar al desarrollo y progresión del cáncer.

En el estudio de Schmale e Iker se utilizaron evaluaciones a través de entrevistas del "potencial de desamparo" y encontraron que en el 73.6% de los 68 casos de mujeres con resultados anormales en la prueba de Papanicolaou que fueron entrevistadas, se obtuvo una asociación entre cáncer y desamparo. La entrevista para evaluación se llevó a cabo una vez detectado un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou pero antes de que la paciente conociera su diagnóstico. Si bien este estudio se ha criticado, dado que no evaluaron desamparo a través de una medida objetiva o estandarizada -las pacientes

sólo eran entrevistadas-, este estudio es considerado pionero en esta área de investigación y ha sido la base para otros planteamientos investigativos. Tal es el caso del estudio de Pancheri, Biondi, Ariaudo, Leone, Nesci y Sacco (1979, citado en Goodkin, Antoni, Sevin y Fox, 1993a) que usaron el MMPI y el Inventario de Depresión de Beck, encontrando que las pacientes con cáncer cervical se encontraban más deprimidas y que utilizaban más la negación como un mecanismo de defensa intrapsíquico al ser comparadas con las pacientes evaluadas pertenecientes a un grupo de "no cáncer". En este estudio la evaluación se llevó a cabo antes de que las pacientes conocieran el diagnóstico y además incluyeron en su muestra de sujetos un rango limitado de niveles de progresión de la enfermedad, desde cáncer in situ hasta cáncer de etapa II, con la finalidad de que el "rol de enfermo" fuera similar entre los diferentes sujetos.

Posteriormente, Goodkin, Antoni y Blaney (1986) condujeron un estudio donde hipotetizaron que los pacientes con neoplasia intraepiteal cervical (CIN) y con cáncer cervical se caracterizaban por un estilo de afrontamiento cooperativo, activo e independiente en el cuidado de su salud, aunado a un estilo de personalidad caracterizado por altos niveles de desamparo, aislamiento social y ansiedad somática. Ambos estilos de

afrontamiento (concebido como rasgo) y personalidad se supone potencializan el impacto de los estresores vitales sobre el funcionamiento del organismo. Sin embargo, la asociación encontrada entre estrés y nivel de progresión del CIN fue modesta. En este estudio también la evaluación de las sujetos se llevó a cabo antes de que conocieran el diagnóstico.

Con el propósito de verificar los resultados y estimar el grado de predicción en la progresión de la enfermedad a partir de las variables de personalidad - estilo cooperativo, respetuoso, enérgico, sociable, de confianza e inhibido- y de afrontamiento -como el reflejo de las percepciones y posibilidades de los individuos- en relación a diferentes aspectos del estrés. Se midieron adicionalmente las actitudes de: pesimismo premórbido, desesperación por el futuro, alienación social y ansiedad somática a través del Inventario de Salud Conductual de Millon. La subescala de pesimismo premórbido pretende medir una disposición al desamparo, donde los puntajes altos indicarían una tendencia a interpretar la vida como una serie de problemas y eventos desafortunados y así intensificar las alteraciones que se experimentan ante las dificultades de la vida, entre ellas la enfermedad. La subescala de desesperación por el futuro pretende medir de manera especial el desamparo hacia el futuro. La

subescala de alienación social indicaría el grado en el que el sujeto percibe el soporte social como inadecuado o insatisfactorio. Finalmente, la subescala de ansiedad somática mide las preocupaciones y miedos acerca del estatus físico. En este segundo estudio se compararon sujetos control con aquellos que presentaban diversos grados de progresión del CIN hasta cáncer invasivo de etapa I (Antoni y Goodkin, 1988). De igual manera que en estudios anteriores las sujetos fueron evaluadas antes de conocer el diagnóstico. Los resultados encontrados mostraron que en relación al afrontamiento el grupo con cáncer obtuvo un porcentaje más alto en el uso de respuestas del tipo pasivo-desamparo, al ser comparados con su respuesta a las categorías activa y neutral. También se observó que las pacientes con cáncer mostraban actitudes de pesimismo premórbido, desesperación por el futuro y ansiedad somática en mayor proporción que el resto de los grupos bajo estudio. En cuanto al estilo interpersonal se encontró que el grupo de cáncer utilizó en mayor proporción los estilos cooperativo y respetuoso. La correlación entre estilo y grado de avance de la enfermedad sólo fue significativa en el caso del estilo respetuoso. Un análisis de regresión entre estilo respetuoso, cooperativo y un índice combinado de actitudes (incluyendo todas las que resultaron

significativas para el grupo con cáncer) como predictores de la variable progresión de la enfermedad, mostró que la combinación de estilo respetuoso y el índice combinado de actitudes contribuyeron con la mayor proporción en la explicación de la varianza ( $R = 0.149$ ).

En conclusión, el grupo de cáncer mostró un uso diferencial de afrontamiento del tipo pasivo-desamparo al reaccionar ante el estrés; mostraron actitudes que denotan angustia y sozobra en mayor proporción. El estilo de personalidad respetuoso combinado con las actitudes de angustia y sozobra contribuyeron de manera importante a la explicación de la progresión de la enfermedad. Este estilo que llamaremos "estoico" se caracteriza por la conformidad y cooperación, que niega los síntomas percibidos, reprime emociones y aplaza todos los asuntos relacionados con la salud.

Otros estudios sobre personalidad y cáncer han identificado un estilo "estoico" en aquellos pacientes con el riesgo más alto de malignidad, recurrencia después del tratamiento y un tiempo de sobrevivencia más corto, aclarando en este caso que los pacientes evaluados presentaban cáncer de mama (Greer, Morris y Pettingale, 1971, citados por Antoni y Goodkin, 1988).

En conclusión, las investigaciones descritas intentan demostrar la asociación posible entre estilos

interpersonales y/o rasgos de personalidad como variables mediadoras del impacto del estrés experimentado por el individuo sobre el funcionamiento del organismo, medido como grado de progresión de la enfermedad. Los resultados apoyan moderadamente este supuesto.

En relación al estudio de los estilos de afrontamiento, existen dos posiciones respecto a la definición conceptual de afrontamiento, aún cuando en la mayoría de los estudios reportados esta declaración no es explícita. Por una parte estarían los estudios donde los autores conciben al afrontamiento como un estilo asociado a las características o rasgos de personalidad del individuo, es decir, como una tendencia a responder de determinada manera ante las situaciones problemáticas de la vida, caracterizada por su invariabilidad y consistencia, sin influencias muy importantes de las demandas situacionales. Usualmente bajo esta óptica se asocia la evaluación de los estilos de afrontamiento con la evaluación de rasgos de personalidad (Goodkin, Antoni y Blaney, 1986; Antoni y Goodkin, 1988). Por otro lado, estarían aquellos estudios donde el afrontamiento, si bien es un estilo, si se encuentra modulado por ciertos factores situacionales tales como la predictibilidad y controlabilidad de los eventos, asumiendo que de acuerdo con estos factores se podrían encontrar asociaciones con

los estilos de afrontamiento y su efectividad para mediar el impacto de los eventos estresantes.

Esta postura es más acorde con los planteamientos de Lazarus y colaboradores (Lazarus y Folkman, 1989; Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis, 1986; Folkman, 1984), donde el afrontamiento se concibe como los esfuerzos cognitivos y conductuales del individuo para manejar (reducir, minimizar, dominar o controlar) las demandas externas de la transacción persona - ambiente, la cual es evaluada como agobiante o que excede a los recursos personales. Serán precisamente las características de predictibilidad, controlabilidad y grado de amenaza para la vida, de acuerdo a la evaluación que el propio individuo hace de estos elementos y los recursos de que dispone, los que harán que se incline por determinadas estrategias de afrontamiento para el control

#### **.2.1.2. Estilo de afrontamiento y características de los eventos vitales estresantes.**

Los estudios relativos al estilo de afrontamiento y las características de los eventos vitales estresantes, que pudiesen considerarse de mayor importancia son los desarrollados por Antoni y Goodkin (1989) y por Feifel, Strack y Tong Nagi (1987).

La investigación reportada por Antoni y Goodkin tuvo como propósito examinar la relación entre las

características de controlabilidad y predictibilidad de los eventos vitales negativos sobre la salud con el grado de progresión de CIN, considerando a los estilos interpersonales de afrontamiento como moderadores. Se llevó a cabo la evaluación de las características de los eventos vitales a través de diversas medidas: impacto subjetivo y valencia (en una escala de -3 a +3), controlabilidad percibida (en escala 1 a 4), predictibilidad percibida (en escala 1 a 4) y número de meses transcurridos desde su inicio (de 0 a 12 meses). Al igual que el estudio anterior, se evaluaron estilos interpersonales de afrontamiento (introvertido, inhibido, cooperativo, sociable, confiado, enérgico, respetuoso y sensitivo) y actitudes (pesimismo premórbido, desesperación por el futuro y ansiedad somática). Adicionalmente se evaluó una nueva dimensión denominada reactividad ante la amenaza para la vida, la cual otros estudios encontraron que en sujetos que alcanzaron puntajes altos, la probabilidad de un deterioro más rápido ante la enfermedad era también más alta. En este estudio se incluyeron un total de 75 sujetos asignados a cinco grupos de comparación: un control (18), uno para cada una de las etapas de Neoplasia Intraepiteleal Cervical: CIN I (18), CIN II (15) y CIN III (14), y cáncer invasivo de etapa I.



Con el propósito de analizar los efectos mediadores de los estilos interpersonales de afrontamiento se dividió al grupo de acuerdo a los puntajes alcanzados en la dimensión respetuoso en altos y bajos, definiéndose entonces estos grupos como susceptible (altos) y alegre-animado (bajos). Se encontró en ambos grupos que los eventos vitales negativos calificados como incontrolables contribuían en una proporción significativa de la varianza explicada para la variable dependiente nivel de progresión de la enfermedad (etapas de CIN y cáncer invasivo de etapa I) de acuerdo a los resultados encontrados al llevar a cabo una regresión múltiple ( $R=.216$ ,  $F=20.16$ ,  $p<0.001$ ), mientras que en caso de la predictibilidad no contribuyó de manera significativa. Estos resultados sugieren que es la controlabilidad de los eventos la dimensión más importante al considerar sus efectos moderadores potenciales.

Para probar este papel mediador se formaron dos grupos de sujetos: uno denominado susceptible y otro flexible. El susceptible se caracteriza por mostrarse inhibido, cooperativo y respetuoso, el flexible se muestra sociable, confiado y enérgico. En este caso los estilos de afrontamiento deben entenderse como rasgos, los cuales determinan el papel que la controlabilidad tiene sobre el transcurso de la enfermedad. Los

resultados muestran que en el caso del estilo susceptible se daba una asociación directa entre controlabilidad y nivel de displasia (a mayor controlabilidad percibida, mayor displasia), para el estilo flexible se encontró la asociación inversa entre controlabilidad y nivel de displasia (a mayor controlabilidad percibida, menor displasia).

Se hipotetiza que los sujetos susceptibles interpretan el control de los eventos negativos en términos de auto-censura, implicándose a ellos mismos como responsables de los resultados negativos observados, agravando las tendencias disposicionales hacia el negativismo y corroborando su inhabilidad para alcanzar resultados positivos; a esta valoración le seguiría el abandonar los intentos de afrontamiento, incrementar su ansiedad y quizá elevar el nivel de cortisol. Para los sujetos flexibles se hipotetiza que la controlabilidad se utiliza para aumentar su confianza para afrontar y emplear por consecuencia estrategias activas para disminuir la aversividad del estresor; se espera también que su capacidad de socialización les permitiría buscar el apoyo de otros para cambiar las condiciones del ambiente y así poder afrontar con éxito la adversidad.

Un segundo estudio interesado en la relación entre los estilos de afrontamiento y las características de los

eventos vitales estresantes es el reportado por Feifel, Strack y Tong Nagy (1987). El objetivo fue comparar las modalidades de afrontamiento utilizadas por pacientes masculinos cursando una enfermedad seria que implicara muerte potencial, con aquellos pacientes que cursaban una enfermedad no amenazante para su vida.

De acuerdo a la experiencia de los autores y con base en los planteamientos de Lazarus y Folkman (1984) y Lipowski (1970), decidieron estudiar tres tipos de afrontamiento: confrontación, evitación y aceptación-resignación. Estos tipos fueron definidos de la siguiente manera: la confrontación implica que el individuo busque información, hable con otros acerca de la enfermedad, intente mejorar su punto de vista acerca de la enfermedad (redefinición cognitiva) y se involucre activamente en el tratamiento; en el estilo de evitación el individuo trata de olvidar que está enfermo, cambia el tema de conversación a otro que no sea la enfermedad; para el estilo de aceptación-resignación el individuo asume que no hay nada que hacer al respecto y parece no importarle que le pasará. En el estudio se utilizó un cuestionario constituido por 32 ítems, que de acuerdo a su experiencia representaban a los 3 tipos de afrontamiento de interés.

Los resultados encontraron una asociación entre tipo de enfermedad (amenazante, no amenazante) y tipo de

afrontamiento utilizado. Los sujetos con enfermedad amenazante utilizaron más la confrontación que los otros tipos de afrontamiento mientras que el grupo de enfermedad no amenazante utilizó la evitación y la negación en mayor proporción. En el análisis intragrupo encontraron que no hubo diferencias significativas en el estilo de afrontamiento utilizado, es decir, dentro de cada grupo todos resultaron ser utilizados de manera semejante aunque en el siguiente orden: confrontación, evitación, aceptación-resignación. Los autores suponen que el nivel de amenaza de la enfermedad reconocido por los sujetos, hace que la depresión o pérdida de esperanza no se presente y se vuelvan confrontativos, pero esta forma de responder puede ser para cumplir con una expectativa establecida culturalmente para el hombre, donde se asigna un gran valor a la solución de problemas como herramienta de aquellos individuos que poseen control y maestría.

A manera de conclusión puede plantearse que en el estudio del afrontamiento como variable mediadora del impacto de la enfermedad se detectan otras variables que coparticipan con el afrontamiento como estilo, ellas son las relativas a la evaluación que hacen los individuos acerca del nivel de controlabilidad de los eventos vitales estresantes y las implicaciones que ello tiene en

la demanda de un papel activo frente a los eventos.

En la misma línea de razonamiento debiera considerarse el papel de las expectativas sociales que parecen determinar fuertemente la preferencia por algún estilo en particular dependiendo del género sexual, faltaría evaluar la eficacia del estilo elegido para mediar el impacto estresor de los eventos.

### **2.1.3. Estilos de afrontamiento y respuestas emocionales.**

Como una medida del impacto estresor de los eventos se ha considerado la medición de respuestas emocionales de ansiedad y depresión aunado al grado de perturbación en las actividades cotidianas, como medidas de resultado de las estrategias de afrontamiento.

Nail, King y Johnson (1986) tomaron en consideración estas medidas al evaluar a pacientes sometidas a radioterapia (RT) para el control de cáncer cérvicouterino. Las medidas utilizadas fueron: el perfil de estados de ánimo (POMS) con seis sub-escalas (tensión-ansiedad, depresión-desánimo, ira-hostilidad, vigor-actividad, fatiga-inercia y confusión-aturdimiento) y un puntaje total (TMS); el perfil del impacto de la enfermedad (SIP) que mide la interrupción o perturbación en las actividades diarias incluyendo 12 indicadores de actividad y un puntaje total (TMS); por último se utilizó el perfil de síntomas (SP) diseñado para este estudio con

el propósito de medir la severidad de los efectos colaterales de la radioterapia (diarrea, fatiga, náusea y anorexia).

Los resultados encontrados en SIP indican diferencias significativas en el puntaje de los diversos indicadores para las seis medidas repetidas practicadas (durante la primera semana del tratamiento, a la tercera semana, última semana del tratamiento, a un mes, dos meses y a tres meses de finalizado el tratamiento) siendo los cambios en los puntajes en orden creciente hasta la tercera semana del tratamiento y disminuyendo paulatinamente hasta el tercer mes posterior al tratamiento donde se alcanzaban prácticamente los mismos niveles de la primera evaluación. Una distribución de datos semejante fue encontrada en el caso del SP, detectándose igualmente que las diferencias entre los puntajes para cada segmento evaluado fueron significativas. En el caso de los resultados del POMS, no se detectaron cambios significativos, manteniéndose el nivel de respuesta emocional entre "ningún cambio" y "un poco". No obstante, en relación al puntaje total (TMS) se observó que aumentó paulatinamente desde la primera medición, alcanzando su máximo durante la última semana del tratamiento y decrementando a lo largo de las tres evaluaciones posteriores al tratamiento.

Los efectos del afrontamiento sobre las medidas emocionales, plantean los autores, está matizada por los efectos colaterales de la radioterapia (RT) (diarrea, fatiga, náusea y anorexia). Cabría suponer que estos efectos sean los responsables principales de las respuestas emocionales, pero también se especula que pueden estar participando factores psicológicos tales como la pérdida de relaciones con el personal médico, con otros pacientes y la incertidumbre acerca de la efectividad de la RT en la erradicación o control del cáncer, que expliquen el aumento de puntuación durante la última semana del tratamiento.

El problema de esta investigación radica en utilizar el POMS que guarda una relación muy estrecha con la severidad de los síntomas colaterales al tratamiento, por tanto no es una buena medida de resultado de las estrategias de afrontamiento, tal como lo habían planteado en un inicio. Sin embargo se mantiene la consideración de evaluar ansiedad y depresión como indicadores de resultado del afrontamiento.

A manera de conclusión acerca de las variables psicológicas que se han considerado en el estudio de los pacientes con cáncer cérvicouterino, la evidencia en relación a la asociación de estilos de personalidad y estilos de afrontamiento con la progresión de cáncer

cérvicouterino es moderada; así como en relación a la asociación entre controlabilidad de los eventos estresantes y estilos de afrontamiento; la asociación entre grado de amenaza para la vida por una enfermedad y estilo de afrontamiento ligado a demandas sociales según género sexual es más clara; igualmente se ha encontrado una asociación significativa entre fases del tratamiento e indicadores de reactividad emocional.

En términos generales estas asociaciones y los supuestos a los que se adhieren sugieren que los estilos de personalidad y afrontamiento fungen como mediadores del impacto de los eventos vitales estresantes sobre el funcionamiento del organismo. Por lo tanto se podría considerar como un factor mediador en la etiología del cáncer cérvicouterino. Así mismo, los estilos de personalidad y afrontamiento se ubican como mediadores del impacto de la enfermedad sobre el organismo facilitando su deterioro o su recuperación, y por último, a la ansiedad y depresión como concomitantes del grado de adaptación a la enfermedad, según la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento, donde esta funcionalidad está determinada por los recursos del individuo y sus consecuencias en el pasado. Estas relaciones se presentan de manera esquemática en la figura 1.



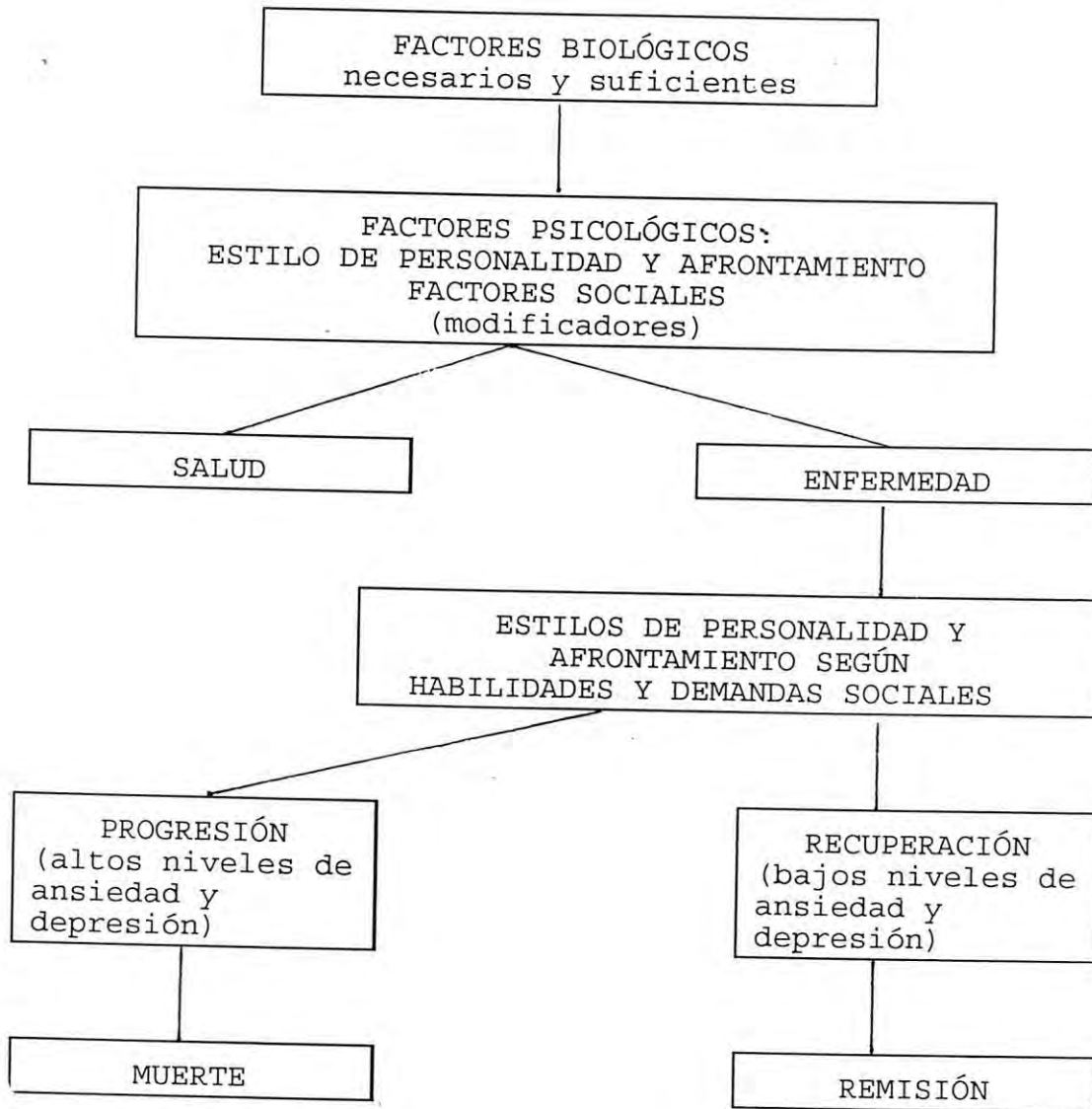


Figura 1. Relación de las dimensiones biológica, psicológica y social en el origen y curso de la enfermedad.

Finalmente debe enfatizarse que las variaciones individuales en el responder a la enfermedad se encuentran matizadas por las circunstancias socioculturales de los individuos, asociadas al grupo de origen y pertenencia, pues ello determina prácticas de higiene y salud, dieta, interacción con la pareja y redes de apoyo social, que contribuyen y/o matizan a los factores psicológicos y biológicos (Goodkin, Antoni, Sevin y Fox, 1993a).

Según los estudios reportados en Estados Unidos de América (Antoni, Goodkin y Helder, 1991; Goodkin, Antoni, Helder y Sevin, 1993), se han encontrado diferencias en el tipo de habilidades de afrontamiento (por ejemplo, pasivo o activo) a las situaciones generadoras de estrés y su relación con el desencadenamiento de cáncer invasivo. Esta diferencia se atribuye a la pertenencia a grupos étnicos y culturales diferentes, por ejemplo africo-americanos vs. anglo-americanos.

#### **2.1.4. Estilos de afrontamiento y ecosistema cultural.**

En relación a este último aspecto, el estudio de las premisas históricosocioculturales asociadas al grupo de origen y/o pertenencia de los individuos ha sido objeto particular de psicólogos mexicanos tales como Díaz Guerrero (1994). Para este autor una premisa

sociocultural es una afirmación significativa culturalmente, que es utilizada y aprobada por la mayoría de los individuos que pertenecen a una cultura determinada; son afirmaciones relativas a los valores, creencias, pensamientos y acciones. Esta significación cultural se sostiene en la experiencia común y aporta una visión o perspectiva acerca del mundo y de la vida, es decir, se constituye en una filosofía de vida. En la medida que estas premisas son interiorizadas como verdaderas y prácticamente incuestionables, se transmiten a través de los individuos y las generaciones, aunque con cierto grado de variación a través del tiempo y de acuerdo a las características del individuo. No obstante estas premisas son lo suficientemente consistentes en el grupo como para permitir una caracterización del mismo.

Según Díaz Guerrero las premisas socioculturales son de dos tipos: prescriptivas y de confrontación. Las prescriptivas representan creencias y valores tradicionales y las de confrontación a las formas en que los individuos interactúan con el ambiente. Una premisa históricosociocultural particular establece que todos los individuos se enfrentan a una multitud de problemas y estreses en la vida y la manera en que estos los enfrentarán pueden ubicarse en un continuo activo - pasivo, dando lugar a los estilos de confrontación. Un

estilo **activo** de confrontación implica percibir que los problemas existen en el ambiente físico y social, donde el mejor modo de resolverlos es modificando el ambiente. Un estilo **pasivo** de confrontación implica que mientras el medio puede plantear problemas, el mejor modo de afrontarlos es cambiando el individuo mismo para ajustarse a las circunstancias. (Holtzman, Díaz Guerrero y Schwartz, 1975, citados en Góngora, 1991). A través del estilo de confrontación el individuo reacciona a su ecología sociocultural, canaliza sus necesidades biopsicológicas y aprende selectivamente (Díaz Guerrero, 1979, 1988, citado en Góngora, 1991). Según la cultura se determinará cual es el punto del continuo activo-pasivo en el que sus miembros deberán responder. Así mismo, no se puede determinar apriorísticamente cual es el estilo de confrontación "saludable", sino a través de sus resultados en la medida que le permiten al individuo manejar el estrés generado por las situaciones problemáticas de la vida. Este punto de vista pudiese explicar el por qué en los dos estudios sobre estilos de afrontamiento y curso de la enfermedad que comparan los estilos de grupos socioculturales diferentes encuentran que mientras para los anglo-americanos un estilo activo está asociado a un mejor pronóstico y remisión de la enfermedad, lo contrario es válido para los pacientes de

origen latino (Antoni, Goodkin y Helder, 1991; Goodkin, Antoni, Helder y Sevin, 1993).

Así pues, para el estudio de los individuos diagnosticados con cáncer cérvicouterino debieran considerarse los factores de riesgo implicados así como el contexto sociocultural. Con estos elementos se podría establecer una caracterización particularizada y de acuerdo a ello plantear estrategias de acción preventiva o de apoyo al individuo enfermo que favorezcan su recuperación.

#### **2.1.5. Supuestos y objetivos.**

A manera de resumir los hallazgos descritos en la revisión bibliográfica se apuntan las siguientes consideraciones:

1) Dado el supuesto papel mediador del afrontamiento, tanto en el origen como en el desarrollo de la enfermedad, de acuerdo a la evidencia disponible al respecto, cabe esperar que una caracterización de las formas de afrontar un evento tal como la enfermedad, podría representar las formas típicas de responder del individuo y ligar o asociar posteriormente estas con los resultados en términos de su éxito para reducir el estrés. En este caso se partirá de una definición de afrontamiento donde se considera que son los esfuerzos cognitivos y conductuales del individuo para manejar

(reducir, minimizar, dominar o controlar) las demandas externas de la transacción persona - ambiente, que es evaluada como agobiante o excediendo los recursos personales; el afrontamiento tiene dos funciones: lidiar con el problema que está causando una perturbación y la regulación de los estados emocionales asociados (Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis, 1986).

- 2) Cabría esperar que exista alguna asociación entre formas de afrontar y enfermedad, observando diferencias entre las formas de afrontar de mujeres con diagnóstico de cáncer cérvicouterino, en contraste con mujeres sanas.
- 3) Dada la coparticipación de las respuestas emocionales de ansiedad y depresión con las formas de afrontamiento, su evaluación podría identificar variaciones de acuerdo a una condición de enfermedad amenazante, en comparación con no enfermedad o enfermedad no amenazante y las formas de afrontamiento asociadas a estas dos condiciones.
- 4) Dado el valor que el contexto sociocultural otorga a las diferentes características del responder de sus miembros en el continuo activo-pasivo, se requieren caracterizaciones particularizadas, según el grupo de referencia de los individuos bajo estudio.

Con la finalidad de conocer cuáles son las características psicológicas en sus aspectos de afrontamiento, ansiedad, depresión y estilo de

confrontación activo/pasivo, así como los factores de riesgo que se presentan en la historia clínica de mujeres diagnosticadas con cáncer cérvicouterino, se plantearon los siguientes objetivos de investigación:

- a) evaluar las variables psicológicas de una población de sujetos que cursan cáncer cérvicouterino, usuarias de servicios públicos o asistenciales de salud, y sus similares apareados -en términos de edad, estado civil y años de escolaridad- sin diagnóstico positivo de cáncer cérvicouterino, a través de indicadores de formas de afrontamiento, ansiedad, depresión y estilo de confrontación activo/pasivo, así como los factores de riesgo que se presentan en la historia clínica de ambos tipos de sujetos.
- b) identificar las asociaciones entre los indicadores evaluados que permitieran caracterizar a la población con diagnóstico de cáncer y analizar las similitudes y diferencias respecto del grupo de sujetos similares apareados sin diagnóstico positivo de cáncer cérvicouterino.
- c) contrastar las puntuaciones obtenidas por ambos grupos y determinar si existen diferencias significativas entre ellos.

### 3. METODOS Y PROCEDIMIENTOS

#### 3.1. Definición de dimensiones y variables de medición.

Se definieron como variables de interés para el estudio: depresión, ansiedad, estilos de afrontamiento, estilos de confrontación y factores de riesgo asociados al cáncer cérvicouterino. Para ello se seleccionaron los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad Rasgo Estado de Spielberger, Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckham y Adams, Escala de Filosofía de Vida de Díaz Guerrero y Entrevista Estructurada para pacientes con cáncer cérvicouterino o de mama elaborada para la presente investigación. Con el propósito de conocer las propiedades psicométricas de los instrumentos seleccionados se corrieron procedimientos para discriminación de reactivos, definir factores y el nivel de consistencia interna de los mismos. Esto permitió hacer un reconocimiento del comportamiento de los instrumentos respecto de la población bajo estudio con la finalidad de contar con instrumentos con índices adecuados de validez y confiabilidad.

El análisis incluyó los datos provenientes de mujeres seleccionadas a través de muestreo no probabilístico de acuerdo a los criterios de edad (entre



20 y 70 años) y consentimiento para participar en el estudio. Dichas sujetos fueron pacientes ambulatorias de tres instituciones de salud de la ciudad de Hermosillo, Sonora (Agrupación George Papanicolaou, Hospital General del Estado y del Instituto Mexicano del Seguro Social). Las edades de las sujetos estuvieron en el rango de los 20 a los 70 años de edad, con una media de 36 años.

La aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Beckham y Adams, dada su extensión, se aplicó exclusivamente a 150 mujeres; los inventarios de Depresión de Beck y de Ansiedad Rasgo - Estado, se aplicaron conjuntamente a otra muestra de 150 mujeres; el Inventario de Filosofía de Vida de Díaz Guerrero se aplicó a otra muestra diferente de 260 sujetos.

Para la aplicación de los instrumentos fueron seleccionadas 5 estudiantes mujeres de Psicología de semestres avanzados que cursaban el área de Psicología Clínica, con conocimientos y habilidades para la conducción de entrevistas clínicas. Dada la naturaleza del estudio se optó porque fueran exclusivamente mujeres las que entraran en contacto con las sujetos.

Durante el entrenamiento se llevó a cabo una revisión de los procedimientos para establecer contacto con las sujetos, explicar el objetivo del estudio, obtener su aprobación y conducción de la aplicación de

los instrumentos. Se hicieron prácticas de aplicación entre las estudiantes y las instructoras. Similarmente se realizó una revisión detallada de los instrumentos incluyendo los objetivos del mismo. Para el caso de los inventarios de afrontamiento y de depresión se hizo la traducción correspondiente y en un primer piloteo se verificó que tanto las estudiantes como los sujetos comprendieran el contenido de los reactivos. Igualmente se realizó un piloteo para los instrumentos restantes para verificar comprensión de instrucciones y del contenido. Una vez realizados los ajustes necesarios, se procedió a la aplicación de los instrumentos primero bajo supervisión y posteriormente de manera independiente por las estudiantes.

### **3.1.1. Inventario de Depresión de Beck.**

Este inventario es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en la detección de pacientes depresivos en poblaciones normales. Se ha utilizado en 1500 estudios de investigación y cuenta con revisiones de sus propiedades psicométricas y la aplicación apropiada del instrumento durante los últimos 26 años (Hersen y Bellack, 1988). Su utilidad para el presente estudio reside en la pertinencia de evaluar un indicador de la severidad y grado de incapacitación del individuo ya sea por el estado de ánimo mismo o por la enfermedad y la

asociación que puede guardar con un estilo de afrontamiento en particular.

La escala consta de 21 reactivos que son calificados en una escala de cero a 3, donde las puntuaciones más altas indican mayor severidad del síntoma o actitud. Los reactivos evalúan la intensidad de la depresión y no reflejan una teoría en particular. Se incluyen los siguientes síntomas y actitudes: humor, pesimismo, sentimiento de fracaso, falta de satisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, auto-disgusto, auto-acusaciones, deseos suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, distorsión de la imagen corporal, inhibición en el trabajo, perturbaciones del sueño, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida del deseo sexual. El inventario es apropiado para mayores de 13 años de edad y con al menos 6 años de educación (Beck y Steer, 1993). A través del análisis del poder de discriminación de reactivos de la escala total se eliminó un reactivo, quedando constituida finalmente por 20. El análisis factorial reveló dos factores: emocional y somático con valores de consistencia interna de  $\alpha=.8174$  y  $\alpha=.7355$  respectivamente (para una descripción detallada del procedimiento ver Urquidi, 1996).

### 3.1.2. Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado de Spielberger.

El Inventario está compuesto por dos escalas psicométricas de auto-reporte para medir dos conceptos distintos pero relacionados de ansiedad: **la ansiedad rasgo** se refiere a una propensión a la ansiedad con diferencias relativamente estables, esto es, diferencias individuales en la tendencia a percibir o apreciar situaciones estresantes como personalmente peligrosas o amenazantes, y a responder a tales situaciones con elevaciones de la ansiedad; **la ansiedad estado** es concebida como una condición emocional transitoria que varía en intensidad y fluctúa a través del tiempo como una función del estrés situacional (Spielberger, 1988).

La Escala de Ansiedad Estado consiste de 20 afirmaciones que solicitan que la persona responda como se siente en un momento particular en el tiempo, ofreciendo una escala likert con cuatro opciones de respuesta de acuerdo al grado de intensidad experimentada. La Escala de Ansiedad Rasgo consiste de 20 afirmaciones que le piden a la persona evalúe como se siente generalmente, igualmente utiliza una escala likert de cuatro opciones para responder de acuerdo a la frecuencia con que se experimenta cada una de las condiciones descritas.

La determinación del tipo de ansiedad experimentada por el sujeto, puede establecer si ésta es un resultado o un facilitador de la ansiedad experimentada ante la enfermedad, es decir como un indicador de la reactividad emocional ante la enfermedad o la amenaza que esta constituye para la vida del individuo, y su posible interrelación con depresión y estilo de afrontamiento. Esta escala ha sido traducida al español y validada en 2 poblaciones hispanohablantes (Spielberger, González-Reigosa, Martínez-Urrutia y Natalicio, 1971). Ha sido utilizada extensamente en la práctica clínica y la investigación desde hace 20 años, en gran variedad de sujetos, entre los que se encuentran pacientes psiquiátricos y pacientes médicos donde se han obtenido datos altamente confiables y válidos (Spielberger, 1988). El análisis de discriminación de reactivos a través de T de student eliminó dos reactivos, uno para cada escala, obteniéndose índices de consistencia interna de  $\alpha = .9229$  para la escala de ansiedad estado y  $\alpha = .8996$  para la escala de ansiedad rasgo (para una descripción detallada del procedimiento ver Urquidi, 1996).

### **3.1.3. Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckham y Adams.**

Es un inventario de autoreporte consistente en 142 reactivos de elección dicotómica, que evalúa una variedad

de respuestas de afrontamiento con reactivos suficientes para asegurar una alta confiabilidad para cada escala. Incluye conductas y pensamientos que típicamente son juzgadas como intentos de afrontamiento por profesionales de la salud mental, según el afrontamiento a la depresión, impedimentos físicos y la enfermedad, con la muerte y desconsuelo. La principal ventaja de este instrumento respecto de otros que evalúan también afrontamiento es que para su estructuración no se basaron los autores en suposiciones subyacentes acerca de la personalidad de quien utiliza un determinado estilo de afrontamiento y de antemano tampoco se hizo una distinción entre estilos efectivos o inefectivos de afrontamiento. Se definió "conducta de afrontamiento" de la manera más amplia posible, incluyendo conductas y pensamientos que son juzgados como intentos de afrontamiento, y síntomas depresivos que pueden o no tener una función de afrontamiento. Para la construcción de las subescalas que componen el instrumento se trabajó con el método de expertos eligiéndose un grupo de profesionales de la salud mental integrado por cinco psicólogos clínicos, un psiquiatra y dos trabajadores sociales, a los que se les proporcionó un listado de 143 reactivos y las definiciones de cada una de las 10 subescalas. Se les solicitó que asignaran los reactivos a

las subescalas requiriéndose que para definir a cual correspondía cada reactivo se estableció un criterio de 80% de acuerdo entre evaluadores. Aquellos reactivos que no lograron cubrir el criterio fueron eliminados. Sin embargo los autores redactaron nuevos reactivos si esto era necesario para que en cada tipo de afrontamiento hubiera reactivos suficientes para asegurar su confiabilidad. Así pues, las subescalas quedaron integradas por un total de 133 reactivos. En el Anexo 1 se presenta el instrumento con el total de los reactivos que fueron elaborados. De esta manera se definieron las escalas del instrumento que son: culpa, expresión emocional, contenimiento emocional, búsqueda de apoyo social, afrontamiento religioso, reestructuración cognitiva, actividad general, evitación-rechazo, solución de problemas y pasividad. Se definen a continuación cada uno de estos estilos (Beckham y Adams, 1984):

Culpa: Buscar en alguna persona la causa de los propios problemas, ya sea uno mismo o alguien más. (Ejemplo: culparse a sí mismo por los propios problemas).

Expresión emocional: Ventilar ira, ansiedad, desánimo, etc. (Ejemplo: permitir que otros observen como se siente realmente).

Contenimiento emocional: Retener u ocultar los sentimientos ante otras personas, incluyendo pero no

limitándose a la ira, depresión o ansiedad. (Ejemplo: evitar o contenerse de llorar).

Búsqueda de apoyo social: Buscar a los amigos, parientes o profesionales para que escuchen sus problemas o ayuden de alguna manera para su solución. (Ejemplo: hablar con los amigos o parientes acerca de sus problemas).

Apoyo religioso: Consultar las sagradas escrituras, recurrir a Dios, o a alguna institución religiosa para obtener ayuda en sus problemas. (Ejemplo: rogar por lograr la guía divina).

Reestructuración cognitiva: Pensar en los propios problemas de una nueva forma que los haga menos amenazantes o más tolerables. (Ejemplo: llegar a la conclusión de que algo bueno puede desprenderse de esa situación problemática).

Actividad general: Hacer algo ya sea físico o mental que no esté relacionado con los propios problemas, pero no tratando de resolverlos específicamente o de evitarlos. (Ejemplo: salir a caminar, escuchar música).

Evitación - rechazo: Evitar pensar acerca de los propios problemas o evitar hacer algo que pudiera evocarlos. (Ejemplo: decirse a sí mismo que no tiene problema alguno).

Solución de problemas: reunir información acerca de los propios problemas, pensar en soluciones posibles, tomando



decisiones acerca de un curso de acción o implementándolo. (Ejemplo: llevando a cabo acciones para superar sus problemas).

Pasividad: Involucrarse en pensamientos acerca de sus propios problemas que no intentan ni resolverlos ni evitarlos, sino aceptarlos o persistir en ellos. (Ejemplo: decidir aceptar sus problemas).

Este instrumento fue validado con pacientes depresivos y puede utilizarse con otra clase de poblaciones donde se pretenda establecer su estilo de responder y ajuste ante eventos tales como la enfermedad y la psicoterapia (Beckham y Adams, 1984).

#### 3.1.3.1. Discriminación de reactivos.

Para el análisis de discriminación de reactivos se utilizó chi cuadrada para cada uno de los 142 reactivos que constituyen el instrumento, cabe aclarar que los autores sólo agruparon en las 10 subescalas propuestas 96 reactivos. Para la población bajo estudio 88 reactivos de los incluidos por los autores en cada una de las 10 subescalas, alcanzaron un valor de chi cuadrada  $\geq 3.84$  con un nivel de significancia  $\leq .05$  ; y 6 reactivos no considerados en la agrupación original alcanzaron también los valores apropiados. En el caso particular de 8 reactivos de la sub-escala de pasividad que no alcanzaron el valor de chi cuadrada, se tomó la decisión de

incluirlos en análisis posteriores bajo la consideración de que el nivel de depresión encontrado en esta población se encuentra por debajo de la categoría de leve y en caso de que la puntuación en el inventario de depresión sea alta en la población objetivo del estudio (pacientes con diagnóstico positivo a cáncer), estos reactivos proporcionarían información sobre estilo de afrontamiento pasivo. Por lo tanto se consideraron un total de 102 reactivos en análisis posteriores.

#### 3.1.3.2. Análisis de confiabilidad y factorial.

Para el análisis de consistencia interna a través de Alpha de Cronbach de cada una de las subescalas que constituyen el inventario se obtuvieron los siguientes valores alpha y alpha corregidos al eliminar reactivos que aumentaban el índice de confiabilidad según se muestra en la Tabla 1. De esta manera se eliminaron 23 reactivos, lográndose que aumentara el coeficiente de confiabilidad de nueve de las subescalas. Así el inventario queda constituido por 79 reactivos.

Tabla 1. Valores Alpha y Alpha corregidos para las subescalas de afrontamiento.

Subescala y número de reactivos	Valor Alpha	Alpha corregida
1.Culpa* (8)	.7056	.7056
2.Expresión emocional (6)	.6189	.6484
3.Contenimiento emocional (6)	.5552	.6046
4.Búsqueda de apoyo social (12)	.7243	.7360
5.Afrontamiento religioso (4)	.6858	.7033
6.Restrucción cognoscitiva (9)	.5941	.6037
7.Actividad general (9)	.6875	.6996
8.Evitación rechazo (10)	.5923	.5955
9.Solución de problemas (9)	.6659	.7332
10.Pasividad (6)	.4918	.5768

\* no se modificó

Se corrió posteriormente un análisis factorial de segundo nivel de componentes principales con rotación varimax, obteniéndose tres factores que agrupan a las diez subescalas con valores propios de 3.154, 1.876 y 1.053. Los pesos factoriales obtenidos se muestran en la tabla 2, los cuales explican el 60.9% de la varianza.

El factor uno comprende a las subescalas

de: actividad general (subescala 7), solución de problemas (subescala 9) y reestructuración cognoscitiva (subescala 6). El factor dos comprende a las subescalas de: contenimiento emocional (subescala 3), evitación - rechazo (subescala 8), culpa (subescala 1) y pasividad (subescala 10). El factor tres comprende a las subescalas de: apoyo social (subescala 4), expresión emocional (subescala 2) y afrontamiento religioso (subescala 5).

El análisis de consistencia interna o confiabilidad para cada factor arrojó los índices .8278, .7972 y .8126 respectivamente.

De acuerdo a los resultados encontrados se cuenta con una nueva versión de la Escala de Afrontamiento que muestra algunas diferencias con los hallazgos de los autores en su estudio de validación. El agrupamiento encontrado de las subescalas en tres factores, aunque es similar al que obtuvieron Beckham y Adams en su estudio original, muestra dos tipos de afrontamiento activo y uno de afrontamiento pasivo.

Tabla 2. Agrupamiento en factores y pesos factoriales de las escalas de afrontamiento.

Factor	uno	Factor	dos	Factor	tres
Sub-escala nueve	.7775	Sub-escala tres	.7971	Sub-escala dos	.6769
Sub-escala seis	.7095	Sub-escala ocho	.7650	Sub-escala cuatro	.6699
Sub-escala siete	.7007	Sub-escala uno	.6177	Sub-escala cinco	.6533
		Sub-escala diez	.5310		
valor propio	3.154	valor propio	1.876	valor propio	1.053
varianza explicada	31.5%	varianza explicada	18.8%	varianza explicada	10.5%
consist. interna	.8278	consist. interna	.7972	consist. interna	.8126

El factor uno pudiese denominarse **afrontamiento activo de autogestión**, puesto que está conformado por tipos de afrontamiento donde el individuo despliega comportamientos cuyo resultado está orientado a la modificación del individuo mismo. Para el caso de este factor las sujetos integraron al mismo la estrategia de solución de problemas, en contraste con los datos

encontrados por Beckham y Adams en donde los sujetos no la utilizaron, pero incluyeron algunas conductas de afrontamiento religioso. Es decir, en nuestro estudio las mujeres incluyeron la búsqueda activa de soluciones por lo que podría considerarse que son más las estrategias activas que utilizan (por ejemplo: hacer algo para vencer su problema, solicitar información que podría ayudarle a resolver sus problemas, hacer planes y tomar medidas para mejorar sus problemas).

El factor dos es un tipo característicamente **pasivo**, pues el individuo deja de desplegar comportamientos que pudiesen ponerlo en contacto con los otros, y en general disminuye su nivel de actividad y expresión emocional. Para este factor las sujetos integraron estrategias de evitación-rechazo y culpa adicionales a las utilizadas por los sujetos de Beckham y Adams que utilizaron solamente contenimiento emocional y pasividad. Es decir, las sujetos reducen no sólo su nivel de actividad y expresión emocional sino que tratan de aislarse y de implicarse ellas mismas en la explicación de su problema (por ejemplo: mantenerse alejada de otras personas, no permitir que otros observen como se siente, culparse de sus problemas, pensar que sus problemas son un castigo por actos pasados).

Por último, el factor tres que pudiese denominarse

**afrontamiento activo de búsqueda de apoyo**, donde la actividad del individuo está orientada a que otros perciban su necesidad de ayuda o apoyo. En el presente estudio se encontró que las sujetos integraron el afrontamiento religioso a las estrategias de búsqueda de apoyo social y expresión emocional utilizadas por los sujetos del estudio original. Es decir, las sujetos que buscan apoyo social también buscan apoyo en la religión.

#### **3.1.4. Escala de Filosofía de Vida de Díaz Guerrero.**

La escala está diseñada para estudios intra o transculturales en el área de la Psicología del Desarrollo o en el área de la Psicología de la Comunidad y su relación con la salud y la calidad de vida. El instrumento se ha utilizado en diversos estudios transculturales comparando mujeres, adolescentes y niños de dos culturas hispanohablantes. (Díaz Guerrero e Iscoe, 1984).

El énfasis central del instrumento es evaluar el estilo de confrontación frente a los problemas que plantea el ecosistema, dados dos estilos posibles: activo y pasivo. En el contexto de la presente investigación permite caracterizar a las sujetos de acuerdo a su grupo de referencia, género sexual y tipo de evento estresante, así como su asociación posible a estilo de afrontamiento que pudiese indicar las preferencias en el responder del individuo en el continuo activo - pasivo.

El análisis factorial realizado por Díaz Guerrero (1976; citado por Góngora, 1991) determinó 4 factores, cada uno de ellos considerando el continuo actividad - pasividad: autoafirmación activa - obediencia afiliativa, control interno activo - control externo pasivo; audacia - cautela; autonomía - interdependencia. Díaz Guerrero (1994) describe los primeros cuatro tipos de la siguiente manera:

Autoafirmación activa. Los individuos que muestran este estilo de confrontación suelen tomar la iniciativa y poner a prueba sus ideas aún cuando los otros mantengan un punto de vista diferente. Se caracterizan por su rebeldía hacia la autoridad y la persistencia en sus puntos de vista, sin embargo los pueden modificar en la medida que su experiencia les muestra evidencias en favor del cambio. Son individuos muy activos interesados en modificar el medio que les rodea para encontrar soluciones a los problemas.

Obediencia afiliativa. Se trata de individuos que su interés primordial es complacer a los demás, por lo que no suele mostrar oposición a los puntos de vista y prescripciones que su grupo ostenta, no se rebelan a la autoridad. Buscan la opinión de personas significativas para definir cursos de acción.

Control interno activo. Los individuos que mantienen este



estilo de confrontación recurren a sus propias capacidades para solucionar problemas al igual que para mediar el impacto de las situaciones estresantes. Más que sentirse afectados por la opinión de otros, es su autoimagen la que finalmente resuelve las diferencias.

Control externo pasivo. Este estilo está caracterizado por la dependencia de las acciones de otros y el curso de los acontecimientos, que son los que definen en última instancia los resultados alcanzados por el individuo. El destino, el poder de otros son para este individuo lo que determina su curso de acción, donde más que tomar acciones espera que otros lo hagan.

Los siguientes estilos aún no han sido descritos, sin embargo con base en el contenido de los reactivos de la prueba pudiese plantearse la siguiente descripción:

Audacia. Bajo este estilo el individuo se atreve a arriesgar y a buscar nuevas alternativas que supongan una posibilidad de ganancia o mejora de acuerdo a la condición que se enfrenta.

Cautela. En este estilo el individuo suele mantenerse a la expectativa, no arriesga y prefiere hacer una pausa que le permita tomar un curso de acción que no implique pérdida alguna.

Autonomía. Bajo este estilo el individuo muestra independencia en la toma de decisiones y recurre a sus

recursos y habilidades para solucionar o afrontar diversas circunstancias.

Interdependencia. El individuo interdependiente prefiere tomar en cuenta a los que le rodean para definir cursos de acción y en todo caso ajustarse a las preferencias de los demás.

Los resultados obtenidos a través de la aplicación de este instrumento han permitido establecer los rasgos distintivos del estilo de confrontación dominante en cada grupo, y a su vez correlacionarlo con otra clase de medidas, de acuerdo a los objetivos de los estudios.

El instrumento consta de 28 reactivos, cada uno de los cuales ofrece dos opciones de respuesta, de acuerdo al atributo a evaluar, por ejemplo: "Usted prefiere utilizar sus propias ideas o prefiere utilizar las ideas de otras personas". Puede aplicarse a través de un encuestador o ser autoadministrado.

#### 3.1.4.1. Discriminación de reactivos.

El análisis de discriminación de reactivos con chi cuadrada eliminó dos reactivos correspondientes a control interno activo - control externo pasivo (ítemes 6 y 12). El resto de los reactivos alcanzaron valores de chi cuadrada con nivel de significancia  $\leq .05$ .

#### 3.1.4.2. Consistencia interna.

Se conservaron las escalas derivadas originalmente del

análisis factorial realizado por los autores y a partir de ellos se realizó el análisis de consistencia interna; los datos encontrados para las cuatro escalas se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Factores de las Escala de Filosofía de Vida y valores de consistencia interna.

Factores	Valores Alpha
Autoafirmación activa vs. obediencia afiliativa	.6162
Control interno activo vs. control externo pasivo	.4847
Audacia vs. cautela	.3770
Autonomía vs. interdependencia	.1517

### 3.1.5. Entrevista estructurada para factores de riesgo.

La Entrevista Estructurada para pacientes con cáncer cérvicouterino o de mama incluye datos sociodemográficos como edad, nivel de escolaridad, años de escolaridad, estado civil y nivel socio-económico. Incluye además una serie de preguntas para la exploración de factores de riesgo.

Los factores de riesgo contemplados en el instrumento, fueron de los señalados por la literatura especializada, los resultantes del proceso de validación que se realizó a través del procedimiento por expertos, donde fueron enlistados aquellos factores de riesgo que

la investigación epidemiológica y clínica señalan (Tenorio, 1992; Larsen, Venter, Hansen y Fey, 1988; Goodkin, Antoni, Sevin y Fox, 1993a; Peters, Thomas, Hagan, Mack y Henderson, 1986; Brinton, Hamman y Huggins, 1987), la cual fue revisada por cuatro ginecólogos y tres oncólogos practicantes en los servicios de salud de la localidad. De acuerdo a su juicio y experiencia fueron señalados aquellos factores que consideraban relevantes en la población local. De acuerdo a estos señalamientos, se procedió al piloteo resultando una versión con 35 reactivos, dentro de los cuales se consideraron como factores de riesgo para cáncer cérvicouterino: pertenencia a área geográfica endémica (zona centro-sur de México: ciudad de México, Guerrero, Veracruz y Guadalajara), edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales antes de los 20 años, tabaquismo, antecedentes familiares de cáncer cérvicouterino, contacto de la pareja con zonas endémicas, infecciones vaginales y método anticonceptivo utilizado. Para el caso de los factores pertenencia a zonas endémicas y antecedentes familiares de cáncer cérvicouterino fueron incluidos de acuerdo a lo expresado por los expertos, aún cuando no se encontraron estudios que reportaran datos al respecto.

La codificación de factores de riesgo se realizó de

acuerdo a si su presencia o ausencia se constituye como un factor de riesgo. Por ejemplo, para el caso del tabaquismo, factor común para ambos tipos de cáncer, su práctica se constituye en factor de riesgo; en el caso de la edad del primer intercurso sexual, si es menor a los 20 años se considera un factor de riesgo para el cáncer cérvicouterino. La codificación de factores de riesgo utilizada se presenta en la Tabla 4.

La evaluación del nivel socioeconómico incluyó reactivos que derivan de una concepción de nivel de bienestar cuyas variables han sido determinadas por estudios de corte psicosocial realizados en la región (Vera, 1996). El nivel de bienestar al que se hace referencia corresponde al máximo observado entre una población asalariada que utiliza los servicios de salud públicos o de la seguridad social. Los reactivos evalúan tres dimensiones que son: infraestructura de la vivienda, enseres e infraestructura familiar.

A través de un análisis preliminar de 37 casos evaluados, se establecieron rangos iguales para definir tres niveles socioeconómicos o de bienestar, a partir de la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los reactivos; los niveles fueron denominados "alto", "medio" y "bajo", que dada la población con la que se definieron no corresponden a los que usualmente se hace alusión bajo

tales rubros. Así por ejemplo, las familias de nivel "alto" son tipificadas comúnmente como clase media.

Tabla 4. Factores de riesgo para cáncer cérvicouterino

Factores de riesgo	Código
Pertenenencia a área geográfica endémica No pertenenencia a área geográfica endémica	Riesgo = 1 No riesgo = 0
Primer intercurso antes de los 20 años Primer intercurso después de los 20 años	Riesgo = 1 No riesgo = 0
Parejas múltiples antes de los 20 años Una pareja antes de los 20 años	Riesgo = 1 No riesgo = 0
Cualquier anticonceptivo que no sea de barrera Anticonceptivo de barrera	Riesgo = 1 No riesgo = 0
Tabaquismo Ausencia de tabaquismo	Riesgo = 1 No riesgo = 0
Antecedentes familiares de cáncer cérvicouterino Ausencia de antecedentes familiares de cáncer cérvicouterino	Riesgo = 1 No riesgo = 0
Contacto sexual de la pareja en zonas endémicas No contacto sexual de la pareja en zonas endémicas	Riesgo = 1 No riesgo = 0
Infecciones vaginales Ausencia de infecciones vaginales	Riesgo = 1 No riesgo = 0

De acuerdo entonces con los resultados obtenidos del análisis psicométrico de los instrumentos se definieron los siguientes indicadores para el análisis descriptivo, correlativo y comparativo entre las dos poblaciones bajo estudio (con diagnóstico de cáncer, sin diagnóstico de cáncer):

ansiedad rasgo

ansiedad estado

emoción (componente de depresión)

somático (componente de depresión)

afrentamiento activo de autogestión

afrentamiento pasivo

afrentamiento activo de búsqueda de apoyo

autoafirmación activa (estilo de confrontación)

control interno activo (estilo de confrontación)

audacia (estilo de confrontación)

autonomía (estilo de confrontación)

factores de riesgo:

Pertenencia a área geográfica endémica

Primer intercurso antes de los 20 años

Parejas múltiples antes de los 20 años

Uso de método anticonceptivo

Tabaquismo

Antecedentes familiares cáncer

cérvicouterino

Contacto de la pareja con zonas endémicas  
Infecciones vaginales

### 3.2. Sujetos y Diseño.

Fueron seleccionadas 29 mujeres usuarias del servicio de radioterapia de un hospital público, a través de muestreo aleatorio no probabilístico. Los criterios para que fueran incluidas en la muestra fueron: edad entre 20 y 70 años; contar con un diagnóstico positivo de cáncer cérvicouterino; que estuvieran sometidas a un procedimiento de radioterapia para control o erradicación, encontrándose entre la primera y segunda semana de tratamiento; su participación fuera voluntaria. A este grupo se le denominó de **estudio**. Para estas sujetos no siempre fue posible conocer la etapa de desarrollo de la enfermedad por lo que no se explicitó como criterio de selección esta variable.

De acuerdo a las características de las sujetos con diagnóstico positivo fueron seleccionadas 29 sujetos controles apareados de acuerdo a las características de edad, estado civil y años de educación, de entre las usuarias de servicios de consulta externa de tres instituciones públicas de salud, contándose con su aprobación para el levantamiento de datos. A este grupo se le denominó **control**.



Los criterios de apareamiento fueron determinados con base en el papel que pudiesen tener en relación a las variables bajo estudio. Así, el criterio edad permite controlar los efectos que pudiesen desprenderse del sesgo por tener sujetos controles de mayor o menor edad a las del grupo de estudio, para ello fueron definidos rangos de edad para el apareamiento con cortes cada cinco años; el criterio estado civil permite controlar los efectos que pudiese tener el papel del apoyo psicosocial proveniente de la pareja, factor que se ha demostrado influye diferencialmente en el ajuste a la enfermedad, para ello se conformaron dos agrupaciones, aquellas sujetos con pareja (casadas y en unión libre) y otras sin pareja (solteras, viudas y divorciadas); el criterio años de escolaridad fue incluido dada la fuerte asociación que como variable sociocultural suele tener con variables de corte psicosocial, tales como la búsqueda de información, el involucramiento activo en cambios, prácticas y de creencias de salud, etcétera; se definieron rangos con cortes para cada tres años de escolaridad. Las características sociodemográficas de ambos grupos se presentan en la tabla 5.

Se tiene así que en el estudio se utilizó un diseño de grupos apareados para comparación, con una sola medición.



Tabla 5. Características sociodemográficas de las sujetos del grupo de estudio y grupo control.

GRUPO CONTROL	GRUPO DE ESTUDIO
<b>EDAD:</b> Media=49 años D.S.=13	<b>EDAD:</b> Media=49 años D.S.=12.77
<b>ESCOLARIDAD EN AÑOS:</b> Media=5.69 D.S.=3.33	<b>ESCOLARIDAD EN AÑOS:</b> Media=5.7 D.S.=3.61
<b>NIVEL DE ESCOLARIDAD:</b> Moda=primaria (65.5%)	<b>NIVEL DE ESCOLARIDAD:</b> Moda=primaria (55.2%)
<b>ESTADO CIVIL:</b> Moda=casada (72.4%)	<b>ESTADO CIVIL:</b> Moda=casada (72.4%)
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO:</b> nivel 1= 6.9% (2) nivel 2= 34.5% (10) nivel 3= 58.6% (17) Moda= nivel 3	<b>NIVEL SOCIOECONOMICO:</b> nivel 1= 17.2% (5) nivel 2= 37.9% (11) nivel 3= 44.8% (13) Moda=nivel 3

### 3.3. Entrenamiento de las entrevistadoras y procedimiento de aplicación.

Como fue señalado anteriormente se decidió que los instrumentos fueran aplicados por mujeres, dado el carácter de la información requerida y el nivel de intimidad necesario para obtenerla. Para esta fase del levantamiento de datos participaron tres de las entrevistadoras ya entrenadas para la aplicación de los instrumentos en la fase de análisis psicométrico y se

incorporaron dos entrevistadoras más. Para uniformar el procedimiento de aplicación, se realizaron ensayos entre las entrevistadoras y las instructoras donde se definieron las instrucciones, explicación del objetivo del estudio y el orden en que se aplicarían los diferentes instrumentos. Posteriormente se realizaron entrevistas con la sujetos de estudio dirigidas por las instructoras donde las entrevistadoras observaban el proceso; se fue induciendo su participación hasta que las entrevistadoras lo hacían por sí mismas.

Las entrevistas para aplicación de los instrumentos a las sujetos del grupo de estudio se llevaron a cabo en la sala de espera del servicio de radioterapia, cuidando que el orden de aplicación de estos fuera siempre igual. El levantamiento de datos requirió en promedio una hora, siendo que en la mayoría de los casos fue necesaria sólo una sesión de entrevista y en algunos se requirieron dos sesiones. En la mayoría de los casos las pacientes prefirieron que las entrevistadoras leyeran el contenido de los instrumentos.

Se consideró que la temporalidad adecuada para la aplicación de los instrumentos fuera entre la primera y segunda semana de someterse a radioterapia, dada la necesidad de que las sujetos ya estuvieran adaptadas a esta condición y estuvieran en buena disposición para

participar, así como que sus respuestas no estuvieran contaminadas por los efectos de la radioterapia, los cuales se hacen más intrusivos hacia la tercera semana de iniciado el tratamiento y hasta el final del mismo (Nail, King y Johnson, 1986).

En el caso de las sujetos del grupo control las entrevistas se realizaron en tres centros hospitalarios. Dado que se requería que cubrieran las características de las sujetos del grupo de estudio, se les solicitaban primero una serie de datos y si los cubrían se solicitaba su consentimiento para llevar a cabo la entrevista.

#### **3.4. Análisis de datos.**

De acuerdo a los objetivos planteados, se corrió primeramente un análisis de frecuencias y estadística descriptiva para todas las variables; un análisis de correlación entre todas las variables psicológicas evaluadas para cada uno de los grupos (análisis correlativo intragrupo). Dado que los datos computados para cada variable tenían diferentes valores mínimos y máximos, se transformaron todas las variables a puntajes Z para correr la correlación. Posteriormente se corrieron una prueba T de Student y una prueba U de Mann-Whitney para contraste de medias y detectar similitudes y diferencias entre los grupos para todas las variables evaluadas.

## 4. R E S U L T A D O S

### 4.1. Factores de riesgo.

Para estas variables se realizó un análisis de frecuencias y de chi cuadrada para detectar diferencias significativas entre las frecuencias encontradas para cada variable en ambos grupos.

Para la variable pertenencia a área geográfica endémica, en el caso del grupo control la moda fue no pertenencia a zonas endémicas y lo opuesto para el grupo de estudio; se encontraron diferencias significativas ( con un valor de chi cuadrada de  $14.32 > 3.84$ ,  $p \leq .05$ ) por lo que se detectó como un factor de riesgo para el grupo de estudio. Las mujeres del grupo de estudio usualmente eran originarias o habían residido por largos períodos en zonas endémicas antes de vivir en Sonora.

Sobre la variable edad de la primera relación sexual, en ambos grupos se encontró que la moda estuvo representada por un inicio de la actividad sexual antes de los 20 años, no encontrándose diferencias significativas en el valor de esta variable por lo que este factor de riesgo no permite diferenciar ambos grupos.

En ambos grupos se observó que el número de parejas sexuales antes de los 20 años fue de una pareja por lo

que no se constituyó en factor de riesgo en los grupos observados.

El método anticonceptivo utilizado preferentemente por ambos (85% en promedio) fue hormonal y no un método de barrera (por ejemplo condón), por lo que aunque se encuentra presente este factor de riesgo, no permite diferenciar entre ambos grupos.

Se encontró ausencia de las siguientes variables: tabaquismo, antecedentes familiares de cáncer y contacto del esposo con zonas endémicas, para ambos grupos.

Sobre la variable infecciones vaginales se encontró que en ambos grupos la mayoría de los sujetos (65% en promedio) reportó presencia de procesos infecciosos, no existiendo diferencias en el valor de este factor. Los resultados encontrados se muestran en la Tabla 6.

Aún cuando la literatura especializada señala la presencia de los factores de riesgo que en este estudio fueron considerados, sólo se encontró una diferencia significativa entre sujetos con cáncer cérvicouterino y sujetos sin diagnóstico de cáncer en la variable de pertenencia a área geográfica endémica, lo cual supone que la probabilidad de contagio con papilloma virus humano es mayor. Sin embargo no es un dato que permita afirmar del todo que es la presencia de este vector viral lo que hace las diferencias entre los grupos.

Se evaluó también la variable edad del primer intercurso antes de los 20 años y la variable infecciones vaginales para ambos grupos, sin embargo no se encontraron diferencias significativas que permitieran diferenciar entre los grupos.

Tabla 6. Resultados de factores de riesgo para sujetos con cáncer cérvicouterino y sujetos controles.

Factores de riesgo	Grupo Control	Grupo Estudio
Area geográfica endémica *	Mo = 0 (87.5%)	Mo = 1 (66.7%)
Edad primer intercurso	Mo = 1 (58.3%)	Mo = 1 (70.8%)
Parejas sexuales múltiples antes de los 20 años	Mo = 0 (75%)	Mo = 0 (83.3%)
Método anticonceptivo	Mo = 1 (87.5%)	Mo = 1 (83.3%)
Tabaquismo	Mo = 0 (79%)	Mo = 0 (75%)
Antecedentes familiares de cáncer cérvicouterino	Mo = 0 (83.3%)	Mo = 0 (83.3%)
Contacto pareja con zonas endémicas	Mo = 0 (91.7%)	Mo = 0 (91.7%)
Infecciones vaginales	Mo = 1 (62.5%)	Mo = 1 (66.7%)

\* diferencia significativa      Mo = moda  
( % ) frecuencia de ocurrencia

#### **4.2 Análisis de frecuencias.**

De acuerdo a los resultados encontrados en la estadística descriptiva de las variables psicológicas evaluadas, se hizo una categorización en tres niveles aproximadamente iguales, tomando en consideración el rango de puntuaciones mínimo y máximo para cada variable, para las puntuaciones obtenidas por los sujetos de los dos grupos. Sólo en el caso de las variables ansiedad rasgo y ansiedad estado se definieron cuatro niveles. Esta categorización se hizo con la finalidad de conocer cómo se distribuyeron las frecuencias de las puntuaciones de ambos grupos; con la misma finalidad se calcularon los datos obtenidos en relación a la media, desviación estándar y puntuación mínima y máxima, mismos que se presentan en la Tabla 7 para el grupo control y en la Tabla 8 para el grupo de estudio.



Tabla 7. Estadística descriptiva para las variables psicológicas en el grupo control (N=29).

Variables	Rangos	Frecuencias	Media	D.S.	Mín/ Máx.
Ansiedad rasgo	1: 19-32 2: 33-46 3: 47-61 4: 62-76	1: 21% 2: 65% 3: 14% 4: 00%	37.793	9.484	19/76
Ansiedad estado	1: 19-32 2: 33-46 3: 47-61 4: 62-76	1: 17% 2: 59% 3: 24% 4: 00%	38.448	9.014	19/76
Depresión emocional	1: 0-13 2: 14-27 3: 28-42	1: 93% 2: 7% 3: 00%	5.345	5.387	0/42
Depresión somática	1: 0-7 2: 8-15 3: 16-24	1: 79% 2: 21% 3: 00%	4.241	3.582	0/24
Afrontam activo autogestión	1: 0-9 2: 10-18 3: 19-27	1: 10% 2: 41% 3: 49%	17.103	5.492	0/27
Afrontam pasivo	1: 0-10 2: 11-20 3: 21-30	1: 17% 2: 55% 3: 28%	16.586	5.315	0/30
Afrontam activo búsqueda de apoyo	1: 0-7 2: 8-15 3: 16-22	1: 17% 2: 59% 3: 24%	11.897	4.880	0/22
Autoafirmación activa	1: 0-2 2: 3-5 3: 6-8	1: 55% 2: 34% 3: 11%	2.724	1.850	0/8
Control interno activo	1: 0-2 2: 3-5 3: 6-9	1: 10% 2: 21% 3: 69%	5.897	1.988	0/9
Audacia	1: 0-1 2: 2-3 3: 4-5	1: 55% 2: 45% 3: 00%	1.276	1.131	0/5
Autonomía	1: 0-1 2: 2-3 3: 4	1: 10% 2: 80% 3: 10%	2.483	0.829	0/4

Tabla 8. Estadística descriptiva para las variables psicológicas en el grupo de estudio (N=29).

Variables	Rangos	Frecuencias	Media	D. S.	Mín/ Máx
Ansiedad rasgo	1: 19-32 2: 33-46 3: 47-61 4: 62-76	1: 34% 2: 55% 3: 11% 4: 00%	36.379	9.363	19/76
Ansiedad estado	1: 19-32 2: 33-46 3: 47-61 4: 62-76	1: 38% 2: 52% 3: 7% 4: 3%	36.276	9.180	19/76
Depresión emocional	1: 0-13 2: 14-27 3: 28-42	1: 97% 2: 3% 3: 00%	4.828	4.158	0/42
Depresión somática	1: 0-7 2: 8-15 3: 16-24	1: 66% 2: 31% 3: 3%	5.931	4.840	0/24
Afrontam activo autogestión	1: 0-9 2: 10-18 3: 19-27	1: 00% 2: 52% 3: 48%	18.207	4.395	0/27
Afrontam pasivo	1: 0-10 2: 11-20 3: 21-30	1: 10% 2: 73% 3: 17%	15.414	4.792	0/30
Afrontam activo búsqueda de apoyo	1: 0-7 2: 8-15 3: 16-22	1: 7% 2: 69% 3: 24%	13.207	3.599	0/22
Autoafirma- ción activa	1: 0-2 2: 3-5 3: 6-8	1: 41% 2: 41% 3: 8%	3.103	2.257	0/8
Control interno activo	1: 0-2 2: 3-5 3: 6-9	1: 00% 2: 34% 3: 66%	6.276	1.730	0/9
Audacia	1: 0-1 2: 2-3 3: 4-5	1: 62% 2: 31% 3: 7%	1.448	1.242	0/5
Autonomía	1: 0-1 2: 2-3 3: 4	1: 21% 2: 76% 3: 3%	2.069	0.842	0/4

En general puede observarse que los estadísticos calculados para cada grupo bajo estudio no difirieron grandemente, lo cual fue comprobado al hacer las comparaciones entre grupos para cada una de las variables evaluadas donde no se encontró diferencia significativa alguna. Sin embargo se podrían puntualizar algunos de estos datos con la finalidad de identificar tendencias en los datos que deben explorarse con mayor detalle. Para los casos de ansiedad rasgo y ansiedad estado puede notarse que en el grupo de estudio se ubican un mayor número de sujetos en las puntuaciones más bajas y una distribución similar de sujetos en los siguientes niveles para ambos grupos. Para la variable depresión somática se observa un mayor número de sujetos del grupo de estudio en los niveles intermedio y alto de puntuación. Es decir, el grupo de estudio presenta un menor nivel de ansiedad pero mayores niveles de síntomas depresivos de naturaleza somática. Para las variables de afrontamiento se observa en el estilo de afrontamiento activo de autogestión un desplazamiento de los puntajes del grupo de estudio hacia los niveles medio y alto, un mayor número de casos puntuando en el nivel intermedio de afrontamiento pasivo y una distribución muy parecida para ambos grupos en el estilo activo de búsqueda de apoyo donde la mayoría de las sujetos se ubicaron en el nivel intermedio de

puntuación. Se podría suponer entonces que las sujetos del grupo de estudio que viven una situación de enfermedad amenazante, si bien recurren a la pasividad en algunos momentos y circunstancias, en otros instrumentan acciones de búsqueda de ayuda de otros, tanto para el soporte emocional como para la búsqueda de soluciones. Para las variables de estilos de confrontación las sujetos del grupo de estudio presentan puntajes más altos en la categoría de control interno activo, pero un porcentaje considerable (55% del control y 41% del estudio) de las sujetos de ambos grupos puntúan bajo en este estilo; en contraste con el grupo control sus puntuaciones en la categoría de audacia muestran una mayor frecuencia en el nivel bajo y sólo algunos casos en el nivel alto, en la variable autonomía el grupo de estudio se agrupa en los niveles bajo e intermedio. Es decir, se podría asumir que las sujetos con cáncer recurren a sus recursos internos, son más cautelosas o arriesgan menos que sus similares en una situación menos amenazante y dependen en mayor medida de los otros para buscar soluciones y tienen una menor iniciativa.

Adicionalmente se realizó un análisis de frecuencias para conocer, según el nivel de puntuación obtenido para las tres categorías de afrontamiento, cuál es el estilo que mayormente utilizan los dos grupos bajo estudio. La

Tabla 9 presenta estos datos en porcentajes.

Para el grupo control el estilo que más frecuentemente es utilizado es el pasivo; en segunda instancia son igualmente utilizados los estilos activos, y en tercer término el estilo activo de autogestión y el pasivo son utilizados en la misma proporción.

Para el grupo de estudio el estilo pasivo se utiliza con más frecuencia; en segundo lugar el estilo activo de búsqueda de apoyo y como tercera opción el estilo activo de autogestión.

Como puede observarse las elecciones de ambos grupos son muy similares, ante todo la elección del estilo pasivo como el más frecuente y mostrando los puntajes más altos. Como segunda opción el grupo de estudio utiliza más el estilo de búsqueda de apoyo y en contraste el grupo control utiliza los dos estilos activos. Es decir, las sujetos con cáncer son igualmente pasivas que sus similares que no se encuentran cursando una enfermedad amenazante, pero recurren con mayor frecuencia a los otros en la búsqueda de soluciones y en última instancia emprenden cambios autogenerados para afrontar la enfermedad.

Tabla 9. Estilos de afrontamiento elegidos para el Grupo control y el Grupo de Estudio.

Elec- ción	Grupo Control			Grupo de Estudio		
	Activo auto- gestión	Pasivo	Activo búsqueda de apoyo	Activo auto- gestión	Pasivo	Activo búsqueda de apoyo
1a.	27.58%	41.37%	31.03%	34.48%	44.82%	20.68%
2a.	37.93%	24.13%	37.93%	27.58%	20.68%	51.72%
3a.	34.48%	34.48%	31.03%	37.93%	34.48%	27.58%

#### 4.3. Análisis de correlación.

Se encontraron 18 correlaciones con niveles de significación de .001, .01 y .05, cuyos valores se muestran en la Tabla 10 y una representación gráfica de las mismas en la figura 2. Se describen a continuación cada una de ellas.

Correlación alta positiva entre ansiedad rasgo y ansiedad estado ( $r=.6590$ ,  $p<=.001$ ); esto pudiera interpretarse como: si el sujeto responde generalmente con ansiedad, también lo hará en una situación particular.

Correlación alta positiva entre ansiedad rasgo y el componente emocional de la escala de depresión ( $r=.5820$ ,  $p<=.001$ ) y el componente somático ( $r=.5307$ ,  $p<=.01$ ). Esto pudiese indicar que las sujetos que usualmente experimentan ansiedad igualmente experimentan cambios a

nivel emocional y cambios a nivel somático, aumentando así su estado depresivo.

Correlación alta entre ansiedad estado y el componente somático de depresión ( $r=.5923$ ,  $p<=.001$ ), esto podría indicar que cuando los sujetos responden con ansiedad ante situaciones particulares esto se encuentra ligado a una mayor somatización, es decir, responde preferentemente ante la amenaza con cambios a nivel biológico. La correlación entre ansiedad estado y el componente emocional no fue significativa ( $r=.3462$ ,  $p<=.10$ ).

Correlación negativa alta entre autonomía y ansiedad rasgo ( $r=-.6015$ ,  $p<=.001$ ), es decir, a menor autonomía mayor ansiedad rasgo y a mayor autonomía menor ansiedad rasgo, lo cual podría interpretarse como que los individuos con mayor autonomía se sienten menos amenazados ante una situación de enfermedad, no así los de bajos niveles de autonomía que la percibirán como más amenazante.

Correlación negativa alta entre ansiedad estado y autonomía ( $r=-.5011$ ,  $p<=.01$ ). En este caso la asociación es a menor nivel que para ansiedad rasgo y autonomía, pudiéndose interpretar de manera similar: a mayor ansiedad estado menor autonomía y a menor ansiedad estado mayor autonomía.

La correlación existente entre el componente emocional y el componente somático de la depresión es alta ( $r=.5224$ ,  $p<=.01$ ), lo cual puede indicar que ambas se presentan y varían en la misma dirección, por lo que se supondría que están evaluando dos componentes de un mismo atributo.

Correlación entre estilo de afrontamiento pasivo y estilo de afrontamiento activo de búsqueda de apoyo ( $r=.4929$ ,  $p<=.01$ ), donde el alto nivel de asociación indica que las sujetos están utilizando ambos estilos en una alta proporción.

Correlación negativa entre estilo de confrontación de autonomía y estilo de afrontamiento activo de búsqueda de apoyo ( $r=-.4537$ ,  $p<=.01$ ) lo cual indica que a menor autonomía mayor uso de un estilo de afrontamiento activo de búsqueda de apoyo en otros, y lo contrario, a mayor autonomía menor uso de este estilo.

Correlación entre estilo de confrontación de control interno activo y de autoafirmación activa ( $r=.6881$ ,  $p<=.001$ ) que indica que aquellas sujetos que tienden a utilizar los propios recursos internos para confrontar una situación, igualmente asumen activamente el control de la situación y a tomar por sí mismas las decisiones en torno a ellas.

Correlación entre estilo de confrontación de audacia



y estilo de confrontación de autoafirmación activa ( $r=.4925$ ,  $p<=.01$ ), donde aquellas sujetos que asumen activamente el control de la situación y toman sus propias decisiones buscan también nuevas opciones.

A un nivel de correlación menor pero aún significativa ( $p<=.05$ ) se encontraron las siguientes asociaciones:

Correlación entre ansiedad rasgo y estilo de afrontamiento pasivo ( $r=.3857$ ,  $p<=.05$ ) y entre ansiedad estado y estilo de afrontamiento pasivo ( $r=.3696$ ,  $p<=.05$ ). Esto sugiere que las sujetos que presentan ansiedad como rasgo ante situaciones amenazantes responden también con ansiedad, utilizando un estilo pasivo de afrontamiento.

Correlación entre ansiedad rasgo y estilo de afrontamiento activo de búsqueda de apoyo ( $r=.3904$ ,  $p<=.05$ ), que sugiere que aquellas sujetos que responden usualmente con ansiedad utilizan un estilo de afrontamiento de búsqueda de apoyo, no así cuando las sujetos presentan ansiedad estado, dado que no se encontró una correlación significativa entre estas dos variables.

Correlación negativa entre ansiedad estado y autoafirmación activa ( $r=-.3893$ ,  $p<=.05$ ), lo cual sugiere que aquellas sujetos que se muestran independientes y

autosuficientes ante una situación, experimentan menor ansiedad ante las mismas; esta relación es opuesta a la encontrada por Díaz Guerrero (1994) al describir al estilo de confrontación autoafirmativo.

Correlación entre estilo de afrontamiento pasivo y estilo de afrontamiento activo de autogestión ( $r=.3765$ ,  $p\leq.05$ ), lo cual indica que ambos estilos están siendo utilizados por los sujetos de manera paralela o en la misma proporción, siendo esta menor que en el caso del estilo pasivo y el activo de búsqueda de apoyo descrito anteriormente.

Correlación entre estilo de confrontación de audacia y estilo de confrontación de control interno activo ( $r=.3898$ ,  $p\leq.05$ ), así como entre control interno activo y autonomía ( $r=.4031$ ,  $p\leq.05$ ), esto sugiere una asociación donde los sujetos que muestran un control interno activo muestran igualmente un estilo audaz y autónomo, es decir, en la medida en que los sujetos asumen activamente el control de la situación, se arriesgan a intentar nuevas acciones y prefieren tomar por sí mismas las decisiones en torno a ellas.

Tabla 10. Valores de correlación entre variables psicológicas para el grupo de estudio

	ESTADO	EMO- CION	SOMA- TICO	AUTO ACTI VO	PASIVO	OTRO ACTI VO	AUTOAF ACTIVA	CONTRL INTERN ACTIVO	AUDACI A	AUTONOM
RASGO	.6599 **	.5820 **	.5307*	-.2620	.3857+	.3904+	-.1198	-.1711	.0796	-.6015 **
ESTADO	1.000	.3462	.5903 **	-.1440	.3696+	.2435	-.3893+	-.3464	-.2335	-.5011*
EMOCION		1.000	.5274*	-.1456	.3122	.3086	.1080	.0313	.1540	-.3638
SOMATICO			1.000	-.1934	.2096	-.1205	-.1340	-.0402	-.0367	-.0155
AUTOACTI				1.000	.3765+	.3624	.1883	.0574	.1991	.2666
PASIVO					1.000	.4919*	-.1228	-.3376	-.0688	-.2991
OTROACTI						1.000	.1852	-.0500	.2421	-.4537*
AUTOAFAC							1.000	.6881**	.4925*	.3158
CONINTAC								1.000	.3898+	.4031+
AUDACIA									1.000	.1397
AUTONOM										1.000

\*\* p<=.001 \* p<=.01 + p<=.05

Tabla 11. Valores de correlación entre variables psicológicas para el grupo control.

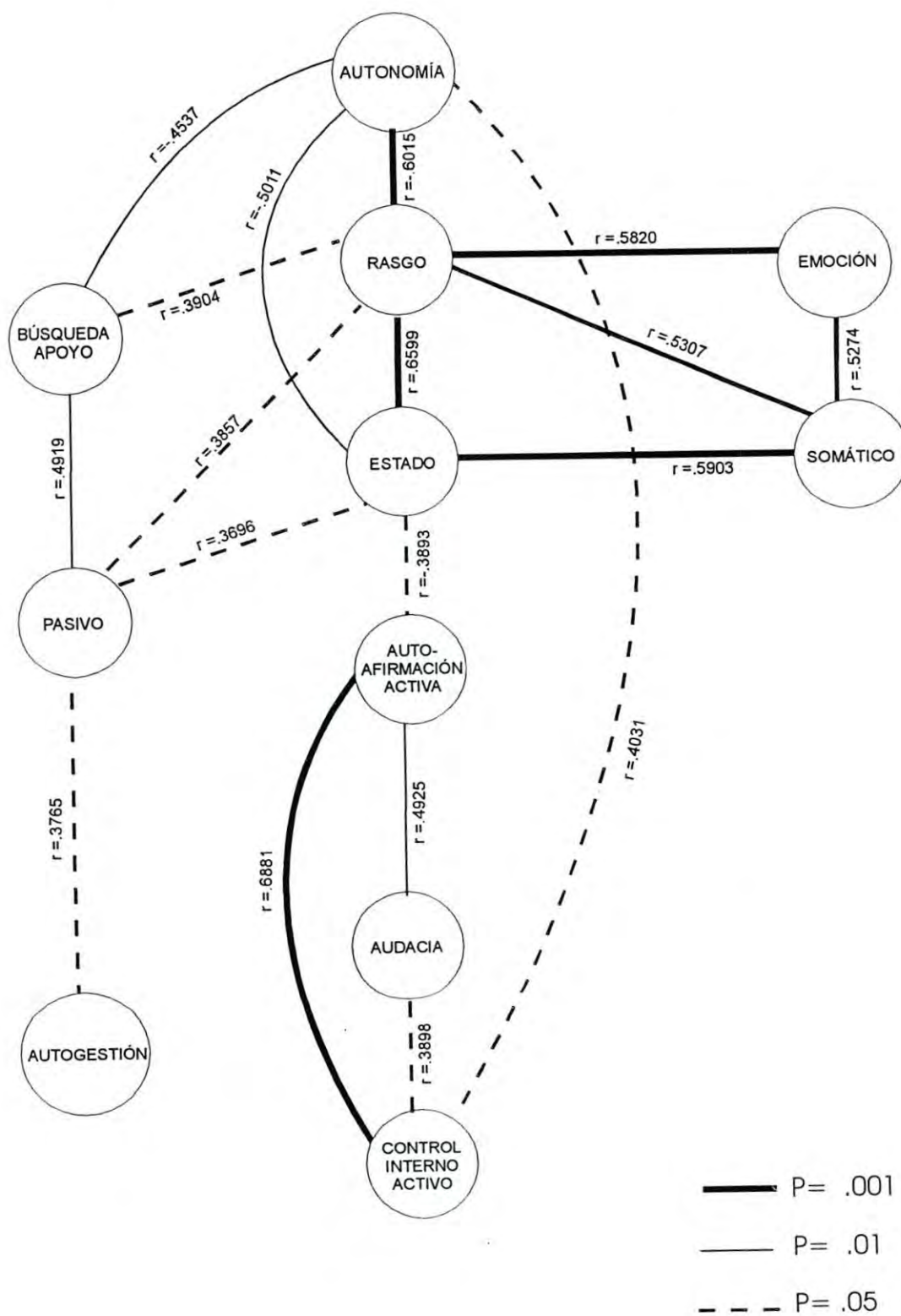


Figura 2. Modelo gráfico de asociaciones de las variables psicológicas para el grupo de estudio.

Se encontraron nueve correlaciones para el grupo control, siendo las que a continuación se describen (ver Tabla 11 y la Figura 3). Correlación alta entre ansiedad rasgo y ansiedad estado ( $r=.8549$ ,  $p<=.001$ ), que de manera similar a lo encontrado para el grupo de estudio pudiese considerarse que si las sujetos responden generalmente con ansiedad, también lo harán ante una situación en particular.

Correlación negativa entre ansiedad estado y estilo de confrontación de autonomía ( $r=-.4745$ ,  $p<=.01$ ), relación también encontrada para el grupo de estudio, indicando que a mayor ansiedad estado una menor autonomía y a menor ansiedad estado mayor autonomía.

Correlación alta entre el componente emocional y el componente somático de depresión ( $r=.6076$ ,  $p<=.001$ ), que al igual que para el grupo de estudio se supondría que están evaluando dos componentes de un mismo atributo.

Correlación entre estilo de afrontamiento activo de autogestión y estilo de afrontamiento activo de búsqueda de apoyo ( $r=.4986$ ,  $p<=.01$ ) que a diferencia del grupo de estudio en el que no se presenta a nivel significativo esta asociación, indica que ambos estilos están siendo utilizados en el grupo control de manera similar.

Correlación negativa entre estilo de afrontamiento activo de autogestión y estilo de confrontación de

autonomía ( $r=-.4286$ ,  $p<=.05$ ), indicando que a mayor nivel de actividad de autogestión, menor autonomía y a menor actividad de autogestión mayor autonomía; este caso puede considerarse anómalo, dado que la relación esperada es la contraria, es decir, positiva y no negativa.

Correlación negativa entre estilo de afrontamiento pasivo y estilo de confrontación de control interno activo ( $r=-.3693$ ,  $p<=.05$ ) donde se encuentra que a mayor pasividad menor control interno activo y a menor pasividad mayor control interno activo, lo cual indica que el recurrir a recursos internos no lleva necesariamente a la pasividad, sino a la búsqueda de alternativas que se encuentran en el dominio personal.

Correlación negativa entre estilo de afrontamiento pasivo y estilo de confrontación de autonomía ( $r=-.3759$ ,  $p<=.05$ ), lo que sugiere que a mayor pasividad menor autonomía y a menor pasividad mayor autonomía. Esto es congruente con la descripción del estilo de autonomía donde el individuo autónomo no espera el devenir de los acontecimientos y a que los recursos le sean proporcionados, sino que emprende acciones de manera independiente. Igualmente, una correlación negativa entre estilo de afrontamiento de búsqueda de apoyo y autonomía ( $r=-.3763$ ,  $p<=.05$ ) indicando que a menor autonomía mayor búsqueda de apoyo en otros y a mayor autonomía menor

búsqueda de apoyo en otros. Esta relación es similar a la anteriormente descrita, implicando que el individuo autónomo tampoco busca la ayuda de otros.

Correlación entre estilo de confrontación de autoafirmación activa y estilo de confrontación de control interno activo ( $r=.3704$ ,  $p\leq .05$ ), que se presenta de manera similar en el grupo de estudio, indicando que aquellas sujetos que tienden a utilizar los propios recursos internos para confrontar una situación, igualmente asumen activamente el control de la misma, y toman por sí mismas las decisiones en torno a ellas.

Tabla 11. Valores de correlación entre variables psicológicas para el grupo control.

	ESTADO	EMO-CION	SOMA-TICO	AUTO ACTIVO	PASIVO	OTRO ACTIVO	AUTOAF ACTIVA	CONTRL INTERN ACTIVO	AUDACIA	AUTONOM
RASGO	.8549 **	.1172	.2587	-.0019	.2408	.2172	.3021	.0752	.2161	-.2819
ESTADO	1.000	.1026	.2624	.1185	.2469	.1217	.3586	.1182	.2617	-.4745*
EMOCION		1.000	.6076 **	.0895	.2241	-.0205	-.0910	-.3170	-.1092	-.0954
SOMATICO			1.000	.1300	.2893	.1534	-.0497	-.2574	.3269	-.3295
AUTOACTI				1.000	.3528	.4986*	.0909	-.0094	-.0106	-.4286+
PASIVO					1.000	.3249	.0716	-.3693+	.1038	-.3759+
OTROACTI						1.000	.1155	.1843	.1211	-.3763+
AUTOAFAC							1.000	.3704+	.3629	-.1656
CONINTAC								1.000	.3472	.2049
AUDACIA									1.000	-.2616
AUTONOM										1.000

\*\* p<=.001

\* p<=.01

+ p<=.05



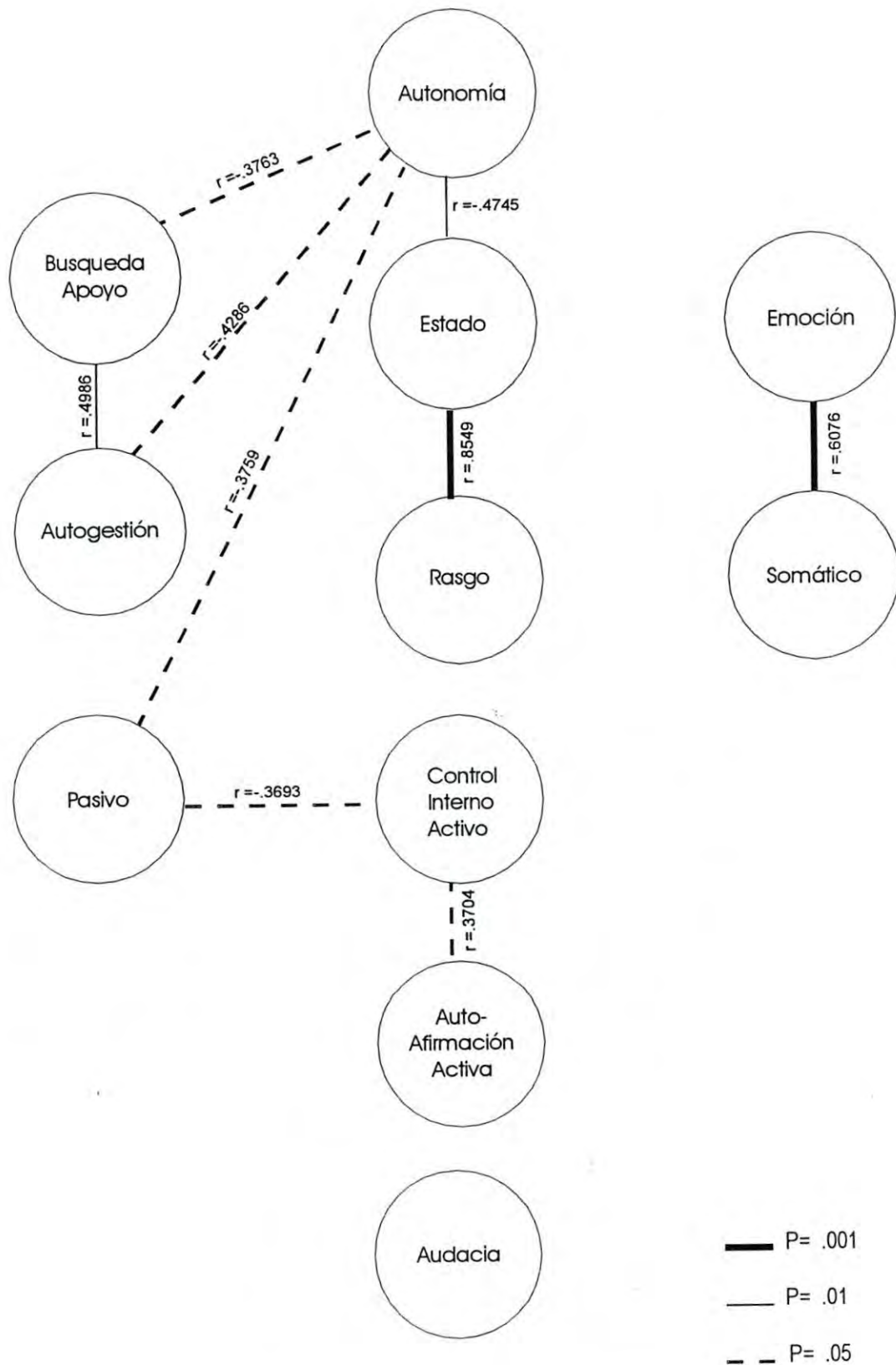


Figura 3. Modelo gráfico de asociaciones de las variables psicológicas para el grupo control

#### 4.4. Análisis de comparación de medias para las variables psicológicas entre el grupo de estudio y el grupo control.

Se corrió un análisis de T de Student para comparar los grupos evaluados y detectar similitudes y diferencias. De acuerdo a los resultados obtenidos se observó que para todas las variables comparadas el valor obtenido en la prueba de Levene para estimar el grado de similitud o diferenciación de las varianzas fue pequeño (valor F) y las probabilidades asociadas grandes, por lo que se tomaron los valores de T y su probabilidad asociada obtenidos en la estimación de la varianza agrupada. Estos datos se presentan en la Tabla 12.

Tabla 12. Comparación de medias para variables psicológicas entre grupo de estudio y grupo control.

VARIABLES	MEDIA	DESV. STANDAR	VALOR F	PROB. DOS COLAS	VARIANZA VALOR T	AGRUPADA: P.2 COLAS	
RASGO	A: 36.37 B: 37.79	A: 9.36 B: 9.48	1.03	.946	.57		.570
ESTADO	A: 36.27 B: 38.44	A: 9.18 B: 9.01	1.04	.924	.91		.367
EMOCION	A: 4.827 B: 5.344	A: 4.15 B: 5.38	1.68	.177	.41		.684
SOMATICO	A: 5.931 B: 4.241	A: 4.84 B: 3.58	1.83	.117	-1.51		.136
AUTOACTIVO	A: 18.20 B: 17.10	A: 4.39 B: 5.49	1.56	.244	-.84		.402
PASIVO	A: 15.41 B: 16.58	A: 4.79 B: 5.31	1.23	.587	.88		.381
OTROACTIVO	A: 13.20 B: 11.89	A: 3.59 B: 4.88	1.84	.113	-1.16		.249
AUTOAFIRMAC ACTIVA	A: 3.103 B: 2.724	A: 2.25 B: 1.85	1.49	.298	-.70		.487
CONT. INT. ACTIVO	A: 6.275 B: 5.896	A: 1.73 B: 1.98	1.32	.466	-.78		.442
AUDACIA	A: 1.448 B: 1.275	A: 1.24 B: 1.13	1.21	.623	-.55		.583
AUTONOMIA	A: 2.069 B: 2.482	A: .842 B: .829	1.03	.934	1.89		.065

Grupo de Estudio = A      Grupo Control = B      Grados de libertad = 56

Como puede observarse no se encontró diferencia significativa alguna (todas las comparaciones obtuvieron un nivel de probabilidad de  $p > 0.05$ ) entre los grupos para ninguna de las variables evaluadas. Una explicación posible es que cuando el nivel de significancia obtenido es muy grande como para rechazar la hipótesis de igualdad, las medias de las dos poblaciones pueden ser iguales o desiguales pero esa diferencia no puede ser detectada. Una razón para que ocurra lo anterior puede ser que el tamaño de las muestras sea pequeño o la variabilidad grande, aún cuando las diferencias sean sustanciales (Norusis, 1992). Esto se explica dada la forma en que se calcula una T: donde el numerador es la diferencia entre las medias muestrales y el denominador depende de la desviación estándar y los tamaños de las muestras de los dos grupos. Para una desviación estándar dada, a mayor tamaño muestral menor el denominador. Así una diferencia de una magnitud dada puede ser significativa si se obtiene de una muestra de 100 y no significativa si es de 25. Esto hace suponer que la comparación se corrió con muestras pequeñas.

Dada esta situación se eligió la prueba no paramétrica U de Mann Withney puesto que se considera es la más indicada para utilizarse como alternativa a la prueba T de Student, no requiriéndose que se cumplan los

requisitos de que las muestras provengan de una población distribuida normalmente y un tamaño determinado para la muestra (Norusis, 1992). Sin embargo los datos arrojados por la prueba tampoco revelaron diferencias significativas entre los grupos para ninguna de las variables evaluadas.

Posteriormente se corrió una segunda T de Student comparando grupos altos y bajos, donde se dividió cada grupo en altos y bajos de acuerdo a las puntuaciones encontradas para cada variable; la división se hizo considerando a la mediana como punto de corte. Así pues se realizó una comparación de bajos contra bajos y de altos contra altos para cada una de las variables. Los resultados se muestran en la Tabla 13 para el caso de los grupos bajos y en la Tabla 14 para los grupos altos.

Este análisis muestra que para los grupos bajos se encontraron diferencias de medias significativas en la variable de afrontamiento de búsqueda de apoyo ( $t=-2.83$ ,  $p=.008$ ). Como el análisis de frecuencias de estilos de afrontamiento mostró, los sujetos del grupo de estudio buscan en mayor proporción el apoyo de otras personas y esta diferencia resultó significativa.

También para los grupos bajos se presentaron diferencias en la variabilidad, según lo muestran los valores del estadístico F obtenidos para la variable de

estilo de confrontación de autoafirmación activa ( $f=2.83$ ,  $p=.052$ ) y control interno activo ( $f=2.5$ ,  $p=.083$ ), aunque esta última es marginal. Estos datos nos indican que en el caso de estas variables la variabilidad puede ser responsable de que no se detecten diferencias de medias significativas.

El análisis de los grupos altos muestra en la variable depresión somática una diferencia de medias significativa (valor  $t=2.37$ ,  $p=.026$ ). Esto indica que el nivel de somatización presentado en el grupo de estudio es más alto aún que el nivel alto también del grupo control.

Para el resto de las comparaciones realizadas y donde no se muestran diferencias significativas ni en variabilidad ni en medias, podría asumirse que las muestras comparadas no fueron suficientes en número, o que en realidad no se presentan tales diferencias.

Tabla 13. Comparación de medias de las variables psicológicas de grupo de estudio y grupo control (puntuaciones bajas).

VARIABLES	MEDIA	DESV. STANDARD	VALOR F	PROB. DOS COLAS	VARIANZA VALOR T	ESTIMADA G. DE L.	AGRUPADA P.2 COLAS
RASGO	A:29.60 B:30.9329.60	A:4.17 B:6.37	2.34	.124	.68	28	.503
ESTADO	A:29.81 B:32.06	A:4.80 B:5.96	1.54	.414	1.18	30	.249
EMOCION	A:1.687 B:1.266	A:1.49 B:1.43	1.08	.892	-.80	29	.431
SOMATICO	A:2.375 B:1.812	A:1.99 B:1.42	1.96	.203	-0.92	30	.366
AUTOACTIVO	A:15.00 B:13.06	A:3.09 B:4.46	2.08	.173	-1.41	29	.170
PASIVO	A:12.50 B:12.68	A:3.01 B:3.57	1.40	.497	.17	32	.869
OTROACTIVO	A:10.76 B:8.133	A:2.22 B:3.02	1.85	.240	-2.83	30	.008
AUTOAFIRMAC ACTIVA	A:1.437 B:1.375	A:1.20 B:0.71	2.83	.052	-.18	30	.860
CONT. INT. ACTIVO	A:4.937 B:4.647	A:0.99 B:1.57	2.50	.083	-.63	31	.535
AUDACIA	A:0.611 B:0.375	A:.502 B:.500	1.01	.998	-1.37	32	.180
AUTONOMIA	A:1.665 B:1.800	A:.577 B:.414	1.94	.206	0.76	34	.450

Grupo Estudio = A

Grupo Control = B

M.L.T. 5709

Tabla 14. Comparación de medias de las variables psicológicas de grupo de estudio y grupo control (puntuaciones altas).

VARIABLES	MEDIA	DEV. STANDAR	VALOR F	PROB. DOS COLAS	VARIANZA		ESTIMADA		AGRUPADA
					VALOR T	G. DE L.	P. 2 COLAS		
RASGO	A: 43.64 B: 45.14	A: 7.76 B: 6.12	1.61	.404	.57	26	.575		
ESTADO	A: 44.23 B: 46.30	A: 6.59 B: 4.88	1.82	.313	.91	24	.371		
EMOCION	A: 8.692 B: 9.714	A: 2.86 B: 4.53	2.49	.124	.69	25	.494		
SOMATICO	A: 10.30 B: 7.230	A: 3.47 B: 3.41	1.22	.732	-2.37	24	.026		
AUTOACTIVO	A: 22.15 B: 21.42	A: 1.57 B: 2.13	1.85	.297	-1.00	25	.328		
PASIVO	A: 20.18 B: 21.38	A: 2.92 B: 2.18	1.80	.332	1.15	22	.261		
OTROACTIVO	A: 16.65 B: 15.92	A: 1.87 B: 2.75	2.16	.207	-.78	24	.441		
AUTOAFIRMAC ACTIVA	A: 5.153 B: 4.384	A: 1.34 B: 1.38	1.06	.916	-1.44	24	.164		
CONT. INT. ACTIVO	A: 7.923 B: 7.665	A: .641 B: .778	1.48	.512	-.90	23	.376		
AUDACIA	A: 2.818 B: 2.384	A: .751 B: .506	2.20	.197	-1.68	22	.107		
AUTONOMIA	A: 3.125 B: 3.214	A: .354 B: .426	1.45	.640	.50	20	.622		

A: Grupo de Estudio      b: Grupo Control



## 5. DISCUSIÓN.

En cuanto a los datos provenientes de la evaluación de factores de riesgo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos evaluados, excepto en una sola variable (pertenencia a área geográfica endémica). Los datos encontrados en esta población pueden indicar varias cosas. En primer lugar, un problema que se encuentra en esta clase de estudios retrospectivos cuando se pretende implementarlos en nuestro país, y es que en México no es una costumbre que cada paciente cuente con un expediente único que pueda ser consultado para conocer su historia clínica, por lo que se debe recurrir al propio sujeto para acceder a la información relevante, hecho que evidentemente no garantiza la obtención de datos confiables. Esto puede atribuirse a cuestiones de deseabilidad social, aumentando la magnitud del evento o minimizándola; olvido de los acontecimientos sobre los que se cuestiona, donde a mayor distancia del evento en el tiempo, menos probable que sea recordado correctamente (Wyner, 1980, citado en Norusis, 1992), o que el individuo no cuenta con la información correcta sobre el tópico que se entrevista. En segundo lugar debe señalarse que en el caso de las sujetos del grupo control que

presentaron factores de riesgo, el hecho de que hasta este momento no hayan presentado un problema de cáncer cérvicouterino, no las exenta de presentarlo en el futuro.

De acuerdo a los supuestos propuestos inicialmente en este estudio para las variables psicológicas se presentan algunos señalamientos según los datos observados.

En relación al primer supuesto que planteó la caracterización de las sujetos cursando una enfermedad como el cáncer cérvicouterino, se encontró que esta puede hacerse únicamente a través de dos variables: depresión somática y del estilo de afrontamiento activo de búsqueda de apoyo, ya que es en estas variables donde fueron detectadas diferencias significativas entre el grupo de estudio y control; el estilo de afrontamiento pasivo no se relacionó especialmente con depresión como podría esperarse (Antoni y Goodkin, 1988).

La distribución de las variables de afrontamiento indican que todas ellas son utilizadas pero con un orden de preferencia: estilo pasivo, activo de búsqueda de apoyo y activo de autogestión. Por tanto, no se encontró un solo estilo definitorio de afrontamiento para el grupo de estudio. Para las sujetos del grupo de estudio que viven una situación de enfermedad amenazante, se podría

suponer entonces que si bien recurren a la pasividad, también instrumentan acciones que les permitan afrontar la enfermedad que viven y buscar la ayuda de otros tanto para el soporte emocional como para la búsqueda de soluciones.

Se ha dicho que la pasividad es un elemento relacionado sobre todo con el contenimiento emocional y con la resignación, que a su vez se ha tratado de asociar con la promoción del cáncer (Antoni y Goodkin, 1988). Los resultados encontrados en este estudio no apoyan este supuesto al no encontrarse diferencias entre los grupos en esta variable.

En lo que a estilo de confrontación se refiere se observó una tendencia no significativa de las sujetos con cáncer de recurrir a sus recursos internos, ser cautelosas o arriesgar menos que sus similares en una situación menos amenazante, dependen en mayor medida de los otros para buscar soluciones y tienen una menor iniciativa, es decir, al mostrar menor autonomía usan un estilo de afrontamiento activo de búsqueda de apoyo en otros.

En cuanto a las características emocionales del grupo de estudio se observaron también tendencias no significativas. Cuando las sujetos responden con ansiedad ante situaciones particulares esto se encuentra ligado

mayormente a una respuesta depresiva de somatización, es decir, responde preferentemente ante la amenaza con cambios a nivel biológico.

Se ha supuesto que niveles altos de ansiedad están asociados al proceso de tratamiento y la depresión a la reintegración a la vida cotidiana (Weisman, 1984; Corney, Everett, Howelss y Crowther, 1992). En las sujetos de estudio evaluadas que se encontraban bajo tratamiento de radioterapia, los niveles de ansiedad no fueron altos y no se diferenciaron en este aspecto del grupo control. En el caso de la depresión los pacientes que presentaron niveles altos sí se diferenciaron del grupo control de manera significativa. Se encontró también una asociación significativa entre ansiedad y depresión, por lo que se observa es una respuesta emocional mixta que no permite afirmar que un estado emocional es distintivo en cada etapa.

En relación al segundo supuesto donde se planteó la posibilidad de diferenciar a los grupos control y de estudio a través de los estilos de afrontamiento, no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo el análisis de frecuencias indicó que ambos grupos utilizan preferentemente el estilo pasivo de afrontamiento pero el grupo de estudio recurre con mayor frecuencia a la búsqueda de apoyo de otros, en contraste con el grupo

control que utilizó indistintamente los dos estilos activos de afrontamiento.

Pareciera ser entonces que en nuestra cultura el estilo prevaleciente es el pasivo, pero ante situaciones de enfermedad amenazante el individuo puede recurrir a otras personas significativas en su ambiente.

El tercer supuesto hizo alusión a la coparticipación de las respuestas emocionales con las formas de afrontamiento y la diferenciación de los grupos con base en estas dos características del responder. A este respecto se detectaron diferencias significativas en depresión somática que fue mayor en el grupo de estudio, sin embargo no se asoció a un estilo de afrontamiento pasivo, que era lo esperado.

Si se consideran a la ansiedad y la depresión como indicadores de los efectos del afrontamiento en el manejo del estrés, que en este caso se encontraron en niveles bajos, estos pudiesen atribuirse a los efectos que el afrontamiento de búsqueda de apoyo pudo tener en el manejo exitoso del estrés asociado a la enfermedad. Tanto los modelos propuestos por Goodkin y colaboradores (1993 b op cit) como por Mouriño y Viniegra (1991) consideran los efectos combinados del afrontamiento y de la utilización de las redes de apoyo psicosocial como elementos críticos que definen el curso de la enfermedad.

Los datos encontrados de alguna manera evidencian la coparticipación de ambos en el curso de la enfermedad de las sujetos de estudio pero no se conocen sus efectos a mediano y largo plazo.

El cuarto supuesto acerca de la evaluación del componente activo - pasivo de confrontación, los datos apuntan a una aproximación semejante ante los problemas en los dos grupos, con las diferencias ya señaladas anteriormente, aunque no significativas. Ambos grupos se caracterizan por bajos niveles de autoafirmación activa, un nivel alto en control interno activo, bajo nivel de audacia y un nivel intermedio de autonomía. Es decir, las sujetos recurren en gran medida a sus recursos internos, son cautelosas aunque se interesan en la búsqueda de nuevas opciones y en la toma de decisiones personal sin desechar la opinión de otros.

Los resultados encontrados sugieren la necesidad de un mayor nivel de precisión en la evaluación del afrontamiento y de los estilos de confrontación para explicar la relación entre confrontación con mayores tendencias a la pasividad y los estilos de afrontamiento pasivo y de afrontamiento de búsqueda de apoyo. Pudiese contemplarse entonces la evaluación de dos elementos planteados por Lazarus y colaboradores (Lazarus y Folkman, 1984; Folkman, 1984; Folkman, Lazarus, Gruen y

DeLongis, 1986) que son la controlabilidad y el grado de amenaza percibido de un evento vital estresante tal como la enfermedad neoplásica. Habría que considerar también la evaluación de la disponibilidad y accesibilidad de las redes de apoyo psicosocial y su asociación con los estilos de afrontamiento, así como los efectos que pudiesen tener dichas redes sobre los estados emocionales asociados al curso de la enfermedad.

Es necesario en el futuro hacer comparaciones de los niveles alcanzados en las diversas variables, entre diferentes fases del curso de la enfermedad y sobre todo tratar de precisar el peso relativo que cada una de ellas pueda tener. Para lograrlo se requieren estudios longitudinales y un conocimiento preciso del grado de avance de la enfermedad en los puntos de corte para evaluación. Aún más, todo ello requiere de un mejor control del proceso de diagnóstico y tratamiento, donde la evaluación de aspectos psicológicos tenga un lugar definido y reconocido por las instituciones de salud.

Aunque cubiertos los objetivos marcados para este estudio, los alcances de los resultados son limitados puesto que sólo han permitido describir a un grupo de mujeres con cáncer bajo una condición de tratamiento de radioterapia. Debe enfatizarse que las diferencias entre los grupos bajo estudio no fueron en su mayoría

significativas y esto puede atribuirse a dos puntos críticos de la investigación aquí reportada: el tamaño de la muestra, ya comentado anteriormente, y los efectos de la instrumentación sobre la respuesta de los sujetos. Sobre el segundo punto merece la pena hacer algunas anotaciones.

En primer término debe mencionarse que el uso de medidas de autoreporte representa un reto para el evaluador cuando son utilizadas en una población con las características de escolaridad y práctica para proporcionar información a terceros en el contexto de los servicios de salud, que se observaron en la muestra de sujetos estudiada. A lo largo de la aplicación de los instrumentos de autoreporte se observó que aquellas mujeres con un nivel de escolaridad hasta de 9 años preferían que les fueran leídos los reactivos, lo que aumenta el margen de decisión del evaluador sobre la respuesta a registrar, dado que las sujetos hacen comentarios alrededor de los aspectos que se preguntan. Además, no es común para las sujetos proporcionar información a través de cuestionarios o inventarios por lo que esto puede afectar de alguna manera la información que proporcionan.

En segundo lugar se observó que cuando las opciones de respuesta que demanda el inventario tienen un formato



dicotómico o de elección forzada (Inventario de Estrategias de Afrontamiento, Inventario de Filosofía de Vida), es más fácil para las sujetos responder, no así cuando se trata de formatos de opción múltiple donde se observaron mayores dificultades para que la persona definiera su respuesta (Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado).

Por último, se observó que aún cuando la práctica en la aplicación de los inventarios facilitó que el tiempo de aplicación pareciera razonable (alrededor de una hora), en algunas de las sujetos se presentaba inquietud por terminar la evaluación, mientras que en otras no les interesaba si la evaluación se extendía.

Todos estos aspectos de naturaleza práctica pueden haber ejercido alguna influencia sobre los datos, lo que lleva a considerar la necesidad de generar nuevas estrategias de obtención de datos y ponerlas a prueba.

Sin lugar a dudas la complejidad del fenómeno bajo estudio demanda el uso de medidas múltiples, donde los instrumentos de autoreporte son una alternativa que ofrece ventajas para su aplicación y deberán mejorarse para superar las dificultades encontradas.

**BIBLIOGRAFIA**

- Antoni, M., H. y Goodkin, K. (1988). Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia. I: personality facets. Journal of Psychosomatic Research. Vol.32, #3, 327-338.
- Antoni, M. y Goodkin, K. (1989). Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia. II. Dimensions of life stress. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 33, 457-469.
- Antoni, M., H., Goodkin, K. y Helder, L. (1991). Psychosocial stressors, coping and cervical neoplasia in three samples studied 1981-1990. En: SBM Twelfth Annual Scientific Sessions. Society of Behavioral Medicine, Washington, D.C.
- Bayés, R. (1985). Psicología Oncológica. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. (1987). Factores de aprendizaje en la salud y la enfermedad. Revista española de terapia del comportamiento. vol 5, #2, 119-135.
- Beck, A. y Steer, R. (1993). Beck depression inventory manual. San Antonio: The Psychological Corporation.

- Beckham, E. y Adams, R. (1984). Coping behavior in depression: report on a new scale. Behaviour, Research and Therapy. Vol.22, #1, 71-75.
- Belcher, A. (1992). Cancer Nursing. Baltimore: Mosby Year Book.
- Berkman, L. F. (1981). Physical health and the social environment: a social epidemiological perspective. en Eisenberg, L. y Kleinman, A. (eds). The relevance of social science to medicine. D. Reidel Dordrecht.
- Brinton, L., Hamman, R., y Huggins, G. (1987). Sexual and reproductive risk factors for invasive squamous cell cervical cancer. Journal of National Cancer Institute. Vol.79, 23-30.
- Cavazos-Ortega, N., Estad, E., Río-Zolezzi, A., Izazola-Licea, J.A., Lezama-Fernández, M.A., Valdespino-Gómez, J.L. (1989). Años de vida potencial perdidos: su utilidad en el análisis de la mortalidad en México. Salud Pública de México. Vol.31, #5, 610-624.
- Cisneros, M.T. (1992). Programa nacional de prevención y control del cáncer cérvico uterino y mamario. México: Secretaría de Salud.

- Corney, R., Everett, H., Howells, A. y Crowther, M. (1992). Psychosocial adjustment following major gynaecological surgery for carcinoma of the cervix and vulva. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 36, #6, 561-568.
- Derogatis, L., Abeloff, M. y Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. Journal of the American Medical Association., 242, 1504-1508.
- Díaz-Guerrero, R. e Iscoe, I. (1984). El impacto de la cultura iberoamericana tradicional y del stress económico sobre la salud mental y física: instrumentación y potencial para la investigación transcultural I. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol.16, #2, 167-211.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). Psicología del mexicano. Descubrimiento de la Etnopsicología. Sexta Edición. México: Trillas.
- Feifel, H., Strack, S. y Tong Nagy, V. (1987). Degree of life-threat and differential use of coping modes. Journal of Psychosomatic Research. Vol.31, #1, 91-99.
- Feist, J. y Brannon, L. (1988). Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health. Belmont, CA.: Wadswoorth Publishing Co.

Folkman, S., Lazarus, R. Gruen, R. y DeLongis, A. (1986).

Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology. Vol.50, #3, 571 - 579.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology. Vol.46, #4, 839 - 852.

Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J. y Marco José. (1991). La transición epidemiológica en América Latina. Bol of Sanit Panam . 111, (16), 485-496.

Góngora, C.E. (1991). Estilos de confrontación y valores. Un estudio en jóvenes yucatecos. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Psicología. México.

Goodkin, K., Antoni, M. y Blaney, P. (1986). Stress and hopelessness in the promotion of cervical intraepithelial neoplasia to invasive squamous cell carcinoma of the cervix. Journal of Psychosomatic Research. Vol.30, #1, 67-76.

- Goodkin, K., Antoni, M.H., Helder, L. y Sevin, B. (1993).  
Psychoneuroimmunological aspects of disease  
progression among women with human papillomavirus-  
associated cervical dysplasia and human  
immunodeficiency virus type 1 co-infection.  
International Journal of Psychiatric  
Medicine. Vol.23, 119-148.
- Goodkin, K., Antoni, M. H., Sevin, B. y Fox, B.H.  
(1993a). A partially testable, predictive model of  
psychosocial factor in the etiology of cervical  
cancer. I. Biological, psychological and social  
aspects. Psycho-Oncology. Vol.2, 79-98.
- Goodkin, K., Antoni, M., Sevin, B. y Fox, B. (1993b). A  
partially testable, predictive model of psychosocial  
factors in the etiology of cervical cancer II.  
Bioimmunological, psychoneuroimmunological, and  
socioimmunological aspects, critique and prospective  
integration. Psycho-oncology. Vol.2, 99-121.
- Gottlieb, N. y Green, L. (1988). Ethnicity and lifestyle  
health risk: some possible mechanisms. American  
Journal of Health Promotion, Vol.51, #2, 37-45.
- Hersen, M. y Bellack, A. (1988). Dictionary of Behavioral  
Assessment Techniques. New York: Pergamon Press.

- Larsen, S., Vetner, M., Hansen, K. y Fey, S. (1988).  
Future trends in cervical cancer. Cáncer lett. Vol.  
41, 123-137.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Levenson, J. y Bemis, C. (1991). The role of  
psychological factors in cancer onset and  
progression. Psychosomatics, Vol.32, #2, 124-132.
- Lipowski, Z. (1970). Physical illness, the individual and  
the coping process. Psychiatric Medicine. Vol.1, 91-  
102.
- Mc Allister, R., Horowitz, S. y Gilden, R. (1993). Cancer.  
New York: Harper Collins.
- Mouriño, R. y Viniegra, L. (1991). Diseño y validación de  
un instrumento para valorar el entorno psicosocial.  
Salud Pública de México. Vol.33, #1, 38-48.
- Nail, L. King, K y Johnson, J. (1986). Coping with  
radiation treatment for gynecologic cancer: mood and  
disruption in usual function. Journal of  
Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. Vol.5,  
271-281.
- Norusis, M. J. (1992). SPSS for Windows. Base System  
User's Guide. Release 6.0 Chicago:SPSS Inc.

- Novoa, N. (1981). Historia natural de la enfermedad y sus niveles de prevención. En Martínez, R. y Novoa, N. La salud del niño y el adolescente. Tomo I, México: Salvat.
- Peters, R., Thomas, D., Hagan, D. Mack, T. y Henderson, B. (1986). Risk factors for invasive cervical cancer among latinas and non-latinas in Los Angeles county. Journal of the National Cancer Institute. Vol. 77, 1063-1077.
- Ribes, I. E. (1990). Psicología y Salud: un análisis conceptual. Martínez Roca, Barcelona España.
- San Martín, H. (1984). Crisis mundial de la salud. Salud en el año 2000? Capítulos 1 y 2. Madrid: Editorial Ciencia.
- Schmale, A. y Iker, H. (1971). Hopelessness as a predictor of cervical cancer. Soc. Sci. Med. Vol.5, 95-100.
- Secretaría de Salud Pública en el Estado de Sonora (1992) Informe Anual.
- Spielberger, C., Martínez-Urrutia., González-Reigosa, Natalicio, L. y Natalicio, D. (1971). Development of the spanish edition of the state-trait anxiety inventory. Interamerican Journal of Psychology. Vol.5, # 3-4, 145-158.



- Spielberger, C. State-trait anxiety inventory. (1988). En: Hersen, M. y Bellack, A. Dictionary of behavior assessment techniques. New York, Pergamon Press.
- Taylor, S. (1991). Health Psychology. New York: McGraw-Hill.
- Tenorio González, Fco. Dr. (1992). Pesquisa, Diagnóstico y Tratamiento del carcinoma cérvicouterino. En: Cisneros, Ma. Teresa Dra. Programa nacional de prevención y control del cáncer cérvicouterino y mamario. Secretaría de Salud. Dirección General de Atención Materno Infantil. Dirección General de Medicina Preventiva.
- Urquidi, T. L. (1996). Indicadores psicológicos asociados al cáncer de mama. Tesis de Maestría. Universidad de Sonora, México. Manuscrito.
- Vera, N. A. (1996). Análisis del microambiente familiar y estado nutricional de infantes y preescolares en comunidades rurales sin pobreza extrema del norte de Sonora. Boletín del Hospital Infantil del Estado de Sonora. Vol. 13, #1, 2-8.
- Weissman, A. (1984). A model for psychosocial phasing in cancer. En: Moos, R.H. (Editor). Coping with physical illness 2: New perspectives. New York: Plenum Medical Book Company.

**ANEXO 1. Inventarios**

## INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO ESTADO

No. Sujeto (     ) )  
 Edad (     ) )  
 Escolaridad:  
 nivel: \_\_\_\_\_  
 años (     ) )  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ (     ) )

Instrucciones. Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada fase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada fase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	1 significa NO EN LO ABSOLUTO	2 significa UN POCO		
	3 significa BASTANTE	4 significa MUCHO		
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Me siento agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

Instrucciones. Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

	1 significa CASI NUNCA	2 significa ALGUNAS VECES		
	3 significa FRECUENTEMENTE	4 significa CASI SIEMPRE		
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

No \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD:

NIVEL \_\_\_\_\_

AÑOS \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

MARQUE CON UNA (X) LA AFIRMACION QUE MEJOR DESCRIBA SU ESTADO DE ANIMO DURANTE LA ULTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DIA DE HOY. NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS O MALAS, SI EN ALGUN CASO SON VARIAS LAS AFIRMACIONES QUE PARECEN DESCRIBIR SU ESTADO DE ANIMO, SEÑALE CADA UNA DE ELLAS. ASEGURESE DE LEER TODAS LAS AFIRMACIONES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION.

A.

- 0) No me siento triste o melancólica
- 1) Me siento triste o melancólica
- 2) Estoy triste o melancólica todo el tiempo y no lo puedo evitar
- 3) Estoy tan melancólica o infeliz que no lo puedo resistir

B.

- 0) No me siento desanimada acerca del futuro
- 1) Me siento desanimada a cerca del futuro
- 2) Siento que no tengo que buscar nada hacia el futuro
- 3) Siento que el futuro es desesperante y que las cosas no pueden mejorar

C.

- 0) No me siento un fracaso
- 1) Siento que he fracasado más que el común de las personas
- 2) Cuando miro mi vida hacia atrás todo lo que puedo ver son muchos fracasos
- 3) Siento que soy un completo fracaso como persona

D.

- 0) Encuentro tanta satisfacción en las cosas como lo hacía anteriormente
- 1) No disfruto de las cosas como solía hacerlo
- 2) Ya no encuentro satisfacción en nada
- 3) Estoy insatisfecha o aburrida con todo

E.

- 0) No me siento particularmente culpable
- 1) Me siento culpable o indigna la mayoría del tiempo
- 2) Me siento muy culpable la mayoría del tiempo
- 3) Me siento mal o indigna todo el tiempo

F.

- 0) No siento que soy castigada
- 1) Siento que podría ser castigada
- 2) Siento que seré castigada
- 3) Siento que soy castigada

G.

- 0) No me siento decepcionada de mi misma
- 1) Estoy decepcionada de mi misma
- 2) Estoy disgustada conmigo misma
- 3) Me odio a mi misma

H.

- 0) No siento que yo sea peor que cualquier otra persona
- 1) Soy crítica de mi misma acerca de mis debilidades o de mis errores
- 2) Me culpo a mi misma todo el tiempo por mis errores
- 3) Me culpo a mi misma por todo lo que sale mal

I.

- 0) No he pensado en matarme
- 1) He pensado en matarme pero no podría hacerlo
- 2) Me gustaría matarme
- 3) Me mataría si tuviera la oportunidad

J.

- 0) Ya no lloro más de lo usual
- 1) Ahora lloro más de lo que lo hacía antes
- 2) Ahora lloro todo el tiempo
- 3) Usualmente he sido capaz de llorar pero no puedo hacerlo aún cuando lo he deseado

K.

- 0) Ya no me siento enojada o irritada como antes lo estaba
- 1) Me molesto o irrito más fácilmente que antes
- 2) Me siento irritada todo el tiempo
- 3) Ya no me irrito o enojo por las cosas que me irritaban

L.

- 0) No he perdido el interés por otras personas
- 1) Estoy menos interesada en otras personas que como solía estarlo
- 2) He perdido casi todo mi interés en otras personas
- 3) He perdido todo mi interés en otras personas

M.

- 0) Tomo mis decisiones tan bien como siempre
- 1) Pospongo tomar decisiones mas de que lo antes lo hacía
- 2) Tengo mas dificultad en tomar decisiones que antes
- 3) Ya no puedo tomar ninguna decisión

N.

- 0) Siento que no me veo peor que de costumbre
- 1) Me siento preocupada porque me veo vieja y poco atractiva
- 2) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y me hacen ver poco atractiva
- 3) Creo que me veo desagradable o repulsiva

O.

- 0) Puedo trabajar como antes lo hacía
- 1) Me toma mas esfuerzo iniciar algo
- 2) Tengo que presionarme mucho para hacer cualquier cosa
- 3) No puedo hacer ningún trabajo

P.

- 0) Puedo dormir tan bien como siempre
- 1) No duermo tan bien como antes lo hacía
- 2) Me despierto una o dos horas mas temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormirme
- 3) Me despierto varias horas mas temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir

Q.

- 0) No me canso más de lo usual
- 1) Me canso más facilmente que de costumbre
- 2) Me canso al hacer cualquier cosa
- 3) Estoy muy cansada para hacer cualquier cosa

R.

- 0) Mi apetito no ha empeorado
- 1) Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
- 2) Mi apetito es peor ahora
- 3) Ya no tengo apetito

S.

- 0) No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente
  - 1) He perdido más de 2.5 kilos
  - 2) He perdido más de 5 kilos
  - 3) He perdido más de 7.5 kilos
- Estoy haciendo el propósito de perder peso comiendo menos.SI

- T.
- 0) No me siento preocupada por mi salud más de lo usual
  - 1) Estoy preocupada por dolores diversos en mi organismo, el estómago revuelto o estreñimiento u otras sensaciones en mi organismo
  - 2) Estoy muy preocupada con los problemas físicos que experimento y me es difícil pensar en otra cosa
  - 3) Estoy tan preocupada con los problemas físicos que experimento que no puedo pensar en otra cosa
- U.
- 0) No he notado algún cambio reciente en mi interés sobre el sexo
  - 1) Estoy menos interesada en el sexo de lo que suelo estar
  - 2) Ahora estoy mucho menos interesada en el sexo
  - 3) He perdido completamente mi interés hacia el sexo

## ESCALA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

FECHA  
NIVEL EDUCATIVOEDAD  
EDO. CIVIL

OBSERVADOR

EL PROPOSITO DE ESTE CUESTIONARIO ES EL DE IDENTIFICAR COMO LA GENTE MANEJA SUS SENTIMIENTOS DE DEPRESION O DECAIMIENTO. EN LAS SIGUIENTES PAGINAS ENCONTRARA UN LISTADO DE ACTIVIDADES. EN EL PARENTESIS DE LA IZQUIERDA SEÑALE CON UNA "S" O CON UNA "N", SI HA REALIZADO O NO HA REALIZADO DICHAS ACTIVIDADES EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS.

EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS USTED:

- ( ) 1.-¿Ha leído mucho?
- ( ) 2.-¿Ha visto mucha T.V.?
- ( ) 3.-¿Ha hablado con amigos o parientes acerca de sus problemas?
- ( ) 4.-¿Ha intentado aceptar sus problemas?
- ( ) 5.-¿Se ha dicho a sí misma que no tiene problemas?
- ( ) 6.-¿Ha intentado resolver sus problemas de la manera en que ha manejado otros problemas en el pasado?
- ( ) 7.-¿Ha ocultado sus sentimientos acerca de otras personas?
- ( ) 8.-¿Ha estado muy emocional en comparación con su forma usual de ser?
- ( ) 9.-¿Ha odiado a alguien por causarle sus problemas actuales?
- ( ) 10.-¿Ha intentado encontrar algún significado en su difícil situación?
- ( ) 11.-¿Ha hecho algo para vencer su problema?
- ( ) 12.-¿Le ha hecho saber a una o más personas que tan molesta está usted con ellos?
- ( ) 13.-¿Ha intentado escaparse de las cosas que le recuerden sus problemas?
- ( ) 14.-¿Ha escuchado música?
- ( ) 15.-¿Ha decidido aceptar sus problemas?
- ( ) 16.-¿Se ha dicho a sí misma que sus problemas son pequeños comparados con los problemas que tienen otras personas?
- ( ) 17.-¿Ha intentado no preocuparse sobre sus problemas?
- ( ) 18.-¿Ha intentado hacer cosas que típicamente disfruta?
- ( ) 19.-¿Ha expresado enojo a su esposo o a alguien cercano a usted?
- ( ) 20.-¿Se ha mantenido alejada de otras personas?
- ( ) 21.-¿Ha bebido alcohol o usado drogas para ayudar a reducir sus sentimientos de depresión?
- ( ) 22.-¿Ha solicitado información que podría ayudarle a resolver sus problemas?
- ( ) 23.-¿Ha hecho algo alocado, imprudente o ilegal?
- ( ) 24.-¿Ha concluido que algo bueno puede resultar de su situación?
- ( ) 25.-¿Ha culpado a otros de sus problemas?
- ( ) 26.-¿Ha seguido el consejo de otros para resolver sus problemas?
- ( ) 27.-¿Se ha culpado de sus problemas?
- ( ) 28.-¿Ha pedido a Dios que le resuelva sus problemas?



- ( ) 29.-¿Ha decidido no permitir a otros que observen como se está sintiendo?
- ( ) 30.-¿Ha hecho ejercicio?
- ( ) 31.-¿Ha ido a dar la vuelta?
- ( ) 32.-¿Se ha encontrado usted con frecuencia pidiendo ayuda a otros?
- ( ) 33.-¿Ha intentado vivir una vida mejor de acuerdo con sus creencias religiosas
- ( ) 34.-¿Se ha dado por vencida?
- ( ) 35.-¿Le ha dado vueltas a sus problemas una y otra vez en su mente?
- ( ) 36.-¿Ha hecho cosas para atraer la atención de otros?
- ( ) 37.-¿Ha pedido a otros ayuda ?
- ( ) 38.-¿Ha pensado mucho sobre sus problemas?
- ( ) 39.-¿Ha estado involucrado en actividades agradables o de recreación?
- ( ) 40.-¿Ha hecho algún cambio importante en su estilo de vida, (provocado el divorcio o cambiado de trabajo, etc.)?
- ( ) 41.-¿Ha leído libros que puedan ayudarle con su depresión?
- ( ) 42.-¿Ha adquirido algunas cosas nuevas para usted misma?
- ( ) 43.-¿Ha decidido que sus problemas están causados por otras personas?
- ( ) 44.-¿Ha hablado con un amigo de sus problemas?
- ( ) 45.-¿Ha hecho poco por su problema confiando en que otros podrían ayudarla?
- ( ) 46.-¿Ha hecho quehacer en casa (limpiado, sacudido, arreglado)?
- ( ) 47.-¿Se ha preocupado acerca de sus problemas?
- ( ) 48.-¿Ha intentado alejar de su mente pensamientos que la molesten?
- ( ) 49.-¿Ha expresado poca emoción a otros en la semana pasada?
- ( ) 50.-¿Ha tratado distraerse usted misma de sus problemas?
- ( ) 51.-¿Ha evitado pensar acerca de sus problemas?
- ( ) 52.-¿Se ha quejado o lamentado, con sus amigos y parientes acerca de sus problemas?
- ( ) 53.-¿Ha hecho planes para vencer sus problemas?
- ( ) 54.-¿Ha intentado tomar lo que viene sin dejar que la preocupe y sin quejarse?
- ( ) 55.-¿Ha hecho algo creativo o artístico?
- ( ) 56.-¿Ha pensado algunas formas para vencer sus problemas?
- ( ) 57.-¿Se ha recordado a sí misma que ha tratado anteriormente con situaciones desagradables?
- ( ) 58.-¿Ha expresado enojo porque siente que otros no están haciendo los esfuerzos necesarios para ayudarla?
- ( ) 59.-¿Se ha dicho a sí misma que otras personas tienen problemas similares a los suyos?
- ( ) 60.-¿Ha sopesado cuidadosamente los pros y los contras de las diferentes alternativas para solucionar sus problemas?
- ( ) 61.-¿Le ha dicho a otros que usted estaba deprimida o emocionalmente molesta?

- ( ) 62.-¿Se ha involucrado más con la vida y ha tomado más responsabilidades?
- ( ) 63.-¿Ha estado pensado mucho respecto a quien es responsable de sus problemas a demás de usted misma?
- ( ) 64.-¿Se ha dicho a sí misma que otras personas se han enfrentado con problemas similares a los suyos?
- ( ) 65.-¿Ha irrtentado no molestar a otras personas con lo que usted siente?
- ( ) 66.-¿Ha estado menos demandante acerca de lo que requiere de usted misma?
- ( ) 67.-¿Ha pensado mucho sobre como usted se ha acarreado a sí misma sus problemas?
- ( ) 68.-¿Ha decidido esperar y ver como cambian las cosas en lugar de hacer un esfuerzo para cambiarlas?
- ( ) 69.-¿Ha leído las sagradas escrituras?
- ( ) 70.-¿Se ha vuelto más activa en su Iglesia?
- ( ) 71.-¿Ha intentado ver su situación filosóficamente?
- ( ) 72.-¿Ha ido al cine?
- ( ) 73.-¿Ha dejado que otros la cuiden?
- ( ) 74.-¿Ha pensado que sus problemas actuales son un castigo por sus actos pasados?
- ( ) 75.-¿Ha enmascarado sus verdaderos sentimientos cuando está con los demás?
- ( ) 76.-¿Ha intentado pensar positivamente e ignorar lo negativo de su vida?
- ( ) 77.-¿Ha buscado la compasión de otros?
- ( ) 78.-¿Ha ido de compras?
- ( ) 79.-¿Ha sentido enojo pero se ha retenido?
- ( ) 80.-¿Ha intentado enfocarse en las cosas buenas de su vida?
- ( ) 81.-¿Se ha afirmado usted misma y tomado acciones positivas sobre problemas que la hacen sentirse mal?
- ( ) 82.-¿Ha buscado tranquilidad y apoyo moral de otros?
- ( ) 83.-¿Ha hablado con gente que han tenido problemas similares a los suyos?
- ( ) 84.-¿Ha hecho chistes o bromas?
- ( ) 85.-¿Se ha dicho a sí misma que no podría haber prevenido los problemas que ha experimentado?
- ( ) 86.-¿Ha pensado sobre sus logros, su fortaleza o sus habilidades?
- ( ) 87.-¿Se ha dicho a sí misma que algo bueno puede resultar de su infortunio?
- ( ) 88.-¿Ha intentado no pensar acerca de los aspectos malos de su situación?
- ( ) 89.-¿Ha tomado medidas para mejorar sus problemas?
- ( ) 90.-¿Se ha resignado a sus problemas?

- ( ) 91.-¿Ha pensado que sus problemas han sido causados por otras personas?
- ( ) 92.-¿Le ha permitido a otros que le digan como mejorar?
- ( ) 93.-¿Se ha vuelto más activa que de costumbre?
- ( ) 94.-¿Ha encaminado su vida hacia Dios?
- ( ) 95.-¿Ha concluido que existe un propósito detrás de su adversidad?
- ( ) 96.-¿Ha evitado a personas que le recuerden sus problemas?
- ( ) 97.-¿Ha aceptado el hecho de que usted es una persona enferma?
- ( ) 98.-¿Ha leído artículos humorísticos, historietas, etc?
- ( ) 99.-¿Le ha permitido a otros que vean como se sienten realmente?
- ( ) 100.-¿Ha decidido que usted puede crecer y aprender a través de su sufrimiento?
- ( ) 101.-¿Se ha contenido de llorar?
- ( ) 102.-¿Ha hecho comentarios humorísticos o bromas sabias?
- ( ) 103.-¿Se ha dicho a usted misma que otras personas tienen problemas similares a los suyos?
- ( ) 104.-¿Ha tratado de buscar alguna enseñanza de su situación adversa?
- ( ) 105.-¿Ha evitado situaciones desagradables?
- ( ) 106.-¿Se ha enojado con Dios?
- ( ) 107.-¿Ha tratado de seguir los designios que Dios le marcó?
- ( ) 108.-¿Ha pedido la guía de Dios?
- ( ) 109.-¿Ha trabajado por más tiempo de lo habitual?
- ( ) 110.-¿Se ha vuelto más activa sexualmente?
- ( ) 111.-¿Ha permitido a otros que vean que mal se siente?
- ( ) 112.-¿Ha concluido que usted se merece lo que está sucediendo?
- ( ) 113.-¿Ha mantenido sus sentimientos guardados en su interior?
- ( ) 114.-¿Se ha dicho a sí misma que es normal sentirse deprimida o ansiosa de vez en cuando?
- ( ) 115.-¿Ha comido más de lo usual?
- ( ) 116.-¿Se ha hecho más religiosa?
- ( ) 117.-¿Ha concluido que usted se merece lo que está sucediendo?
- ( ) 118.-¿Ha decidido que su depresión o su desgracia no se debe a algo en particular, sino que es sólo resultado del azar?
- ( ) 119.-¿Ha intentado actuar como si no estuviera molesta?
- ( ) 120.-¿Ha pedido a alguien que rece por usted?
- ( ) 121.-¿Ha dormido más de lo usual?
- ( ) 122.-¿Ha llorado en la presencia de alguna otra persona?
- ( ) 123.-¿Ha estado con sus amistades?
- ( ) 124.-¿Ha tratado de buscar por que se siente deprimida?
- ( ) 125.-¿Ha ido a caminar?
- ( ) 126.-¿Ha tratado de mantenerse ocupada con cosas que hacer?
- ( ) 127.-¿Ha llorado cuando está sola?
- ( ) 128.- ¿Ha decidido esperar y ver si sus problemas se resuelven por si mismos?
- ( ) 129.-¿Ha hecho algo constructivo?

- ( ) 130.-¿Ha disminuido sus expectativas acerca de sí misma?
- ( ) 131.-¿Ha rezado pidiendo ayuda?
- ( ) 132.-¿Se ha apagado o dejado vencer?
- ( ) 133.-¿Ha ocultado su irritación con otras personas?
- ( ) 134.-¿Se ha ocupado en actividades de recreación?
- ( ) 135.-¿Se ha apoyado en sus sentimientos?
- ( ) 136.-¿Ha dependido de su familia y amigos más de lo usual?
- ( ) 137.-¿Se ha dicho usted misma, que sus problemas pasarán?
- ( ) 138.-¿Se ha sumergido en su trabajo o tareas domésticas?
- ( ) 139.-¿Ha intentado actuar como si usted no estuviese sintiéndose mal?
- ( ) 140.-¿Ha ayudado a otros?
- ( ) 141.-¿Ha jugado con niños o los ha mirado jugar?
- ( ) 142.-¿Se ha dicho que sus problemas son sólo una pequeña parte de su vida?

## ESCALA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (VERSION CORTA)

No. SUJETO \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_  
ESCOLARIDAD NIVEL: \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
AÑOS: \_\_\_\_\_

EL PROPOSITO DE ESTE CUESTIONARIO ES EL DE IDENTIFICAR COMO LA GENTE MANEJA SUS SENTIMIENTOS DE DEPRESION O DECAIMIENTO. EN LAS SIGUIENTES PAGINAS ENCONTRARA UN LISTADO DE ACTIVIDADES. EN EL PARENTESIS DE LA IZQUIERDA SEÑALE CON UNA "S" O CON UNA "N", SI HA REALIZADO O NO HA REALIZADO DICHAS ACTIVIDADES EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS.

EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS USTED:

- ( ) 1.- ¿Ha hablado con amigos o parientes acerca de sus problemas?
- ( ) 2.- ¿Se ha dicho a sí misma que no tiene problemas?
- ( ) 3.- ¿Ha ocultado sus sentimientos acerca de otras personas?
- ( ) 4.- ¿Ha intentado encontrar algún significado en su difícil situación?
- ( ) 5.- ¿Ha hecho algo para vencer su problema?
- ( ) 6.- ¿Le ha hecho saber a una o más personas que tan molesta está usted con ellos?
- ( ) 7.- ¿Ha intentado escaparse de las cosas que le recuerden sus problemas?
- ( ) 8.- ¿Ha escuchado música?
- ( ) 9.- ¿Ha intentado no preocuparse sobre sus problemas?
- ( ) 10.- ¿Ha intentado hacer cosas que usualmente disfruta?
- ( ) 11.- ¿Ha expresado enojo a su esposo o a alguien cercano a usted?
- ( ) 12.- ¿Se ha mantenido alejada de otras personas?
- ( ) 13.- ¿Ha bebido alcohol o usado drogas para ayudar a reducir sus sentimientos de depresión?
- ( ) 14.- ¿Ha solicitado información que podría ayudarle a

resolver sus problemas?

- ( ) 15.-¿Ha concluido que algo bueno puede resultar de su situación?
- ( ) 16.-¿Ha culpado a otros de sus problemas?
- ( ) 17.-¿Ha seguido el consejo de otros para resolver sus problemas?
- ( ) 18.-¿Se ha culpado de sus problemas?
- ( ) 19.-¿Ha decidido no dejar a otros que observen como se siente?
- ( ) 20.-¿Ha hecho ejercicio?
- ( ) 21.-¿Se ha encontrado usted con frecuencia pidiendo ayuda a otros?
- ( ) 22.-¿Se ha dado por vencida?
- ( ) 23.-¿Ha hecho cosas para atraer la atención de otros?
- ( ) 24.-¿Ha pedido a otros ayuda ?
- ( ) 25.-¿Ha pensado mucho sobre sus problemas?
- ( ) 26.-¿Ha hecho algún cambio importante en su estilo de vida, (provocado el divorcio cambiado de trabajo, etc.)?
- ( ) 27.-¿Ha leído libros que puedan ayudarle con su depresión?
- ( ) 28.-¿Ha adquirido algunas cosas nuevas para usted misma?
- ( ) 29.-¿Ha decidido que sus problemas están causados por otras personas?
- ( ) 30.-¿Ha hablado con un(a) amigo(a) de sus problemas?
- ( ) 31.-¿Ha hecho poco por su problema confiando en que otros podrían ayudarla?
- ( ) 32.-¿Se ha preocupado acerca de sus problemas?
- ( ) 33.-¿Ha intentado alejar de su mente pensamientos que la molestan?
- ( ) 34.-¿Ha expresado poco sus emociones a otros en la semana pasada?
- ( ) 35.-¿Ha tratado distraerse usted misma de sus problemas?
- ( ) 36.-¿Ha evitado pensar acerca de sus problemas?
- ( ) 37.-¿Se ha quejado o lamentado, con sus amigos y

- parientes acerca de sus problemas?
- ( ) 38.-¿Ha hecho planes para vencer sus problemas?
- ( ) 39.-¿Ha pensado algunas formas para vencer sus problemas?
- ( ) 40.-¿Ha expresado enojo porque siente que otros no están haciendo los esfuerzos necesarios para ayudarla?
- ( ) 41.-¿Se ha dicho a sí misma que otras personas tienen problemas similares a los suyos?
- ( ) 42.-¿Ha valorado cuidadosamente los pros y los contras de las diferentes alternativas para solucionar sus problemas?
- ( ) 43.-¿Le ha dicho a otros que usted estaba deprimida o emocionalmente molesta?
- ( ) 44.-¿Ha estado pensando mucho respecto a quien es responsable de sus problemas además de usted misma?
- ( ) 45.-¿Ha pensado mucho sobre como usted se ha acarreado a sí misma sus problemas?
- ( ) 46.-¿Ha decidido esperar y ver como cambian las cosas en lugar de hacer un esfuerzo para cambiarlas?
- ( ) 47.-¿Ha leído las sagradas escrituras?
- ( ) 48.-¿Se ha vuelto más activa en su Iglesia?
- ( ) 49.-¿Ha intentado darle una explicación a su situación?
- ( ) 50.-¿Ha dejado que otros la cuiden?
- ( ) 51.-¿Ha pensado que sus problemas actuales son un castigo por sus actos pasados?
- ( ) 52.-¿Ha disfrutado sus verdaderos sentimientos cuando está con los demás?
- ( ) 53.-¿Ha buscado tranquilidad y apoyo moral de otros?
- ( ) 54.-¿Ha hablado con gente que han tenido problemas similares a los suyos?
- ( ) 55.-¿Ha pensado que los problemas que ha experimentado no los podría haber evitado?
- ( ) 56.-¿Ha pensado sobre sus logros, sus aspectos positivos o sus virtudes?
- ( ) 57.-¿Ha intentado no pensar acerca de los aspectos malos de su situación?
- ( ) 58.-¿Ha tomado medidas para mejorar sus problemas?

- ( ) 59.-¿Se ha resignado a sus problemas?
- ( ) 60.-¿Ha pensado que sus problemas han sido causados por otras personas?
- ( ) 61.-¿Le ha permitido a otros que le digan como mejorar?
- ( ) 62.-¿Ha encaminado su vida hacia Dios?
- ( ) 63.-¿Ha concluido que existe un propósito detrás de su mala situación?
- ( ) 64.-¿Ha evitado a personas que le recuerden sus problemas?
- ( ) 65.-¿Le ha permitido a otros que vean como se siente realmente?
- ( ) 66.-¿Se ha contenido de llorar?
- ( ) 67.-¿Ha hecho comentarios humorísticos o bromas?
- ( ) 68.-¿Ha tratado de sacar alguna enseñanza de su mala situación?
- ( ) 69.-¿Ha trabajado por más tiempo de lo habitual?
- ( ) 70.-¿Se ha vuelto más activa sexualmente?
- ( ) 71.-¿Ha permitido a otros que vean que mal se siente?
- ( ) 72.-¿Se ha dicho a sí misma que es normal sentirse deprimida o ansiosa de vez en cuando?
- ( ) 73.-¿Se ha hecho más religiosa?
- ( ) 74.-¿Ha concluido que usted se merece lo que está sucediendo?
- ( ) 75.-¿Ha tratado de buscar por que se siente deprimida?
- ( ) 76.- ¿Ha decidido esperar y ver si sus problemas se resuelven por si mismos?
- ( ) 77.-¿Ha hecho algo constructivo, bueno o positivo?
- ( ) 78.-¿Ha ocultado su irritación con otras personas?
- ( ) 79.-¿Se ha ocupado en actividades de recreación?



## ESCALA DE FILOSOFIA DE VIDA

No. Sujeto \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Escolaridad nivel: \_\_\_\_\_  
Años: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_

A continuación observará algunas preguntas acerca de lo que usted piensa de la vida, del trabajo, de las amigas, de cuál es la mejor forma de resolver problemas, etc.

Cada pregunta tienen dos opciones de respuesta usted debe señalar una, que debe ser con la que está más de acuerdo.

1. Para usted, que sería lo más importante de un trabajo, llevarse bien con las compañeras de trabajo, o terminar el trabajo.
  - a) Llevarse bien
  - b) Terminar el trabajo
2. A usted le gusta hacer las cosas con calma o hacerlas tan rápido como puede.
  - a) Con calma
  - b) Tan rápido como puedo
3. Es usted generalmente precavida o generalmente arriesgada
  - a) Cautelosa
  - b) Arriesgada
4. Cree usted que una persona debería ser respetada por la posición que tiene o que debería ser respetada por lo que ha hecho.
  - a) Por la posición que tiene
  - b) Por lo que ha hecho
5. Usted cree que los problemas difíciles se resuelven mejor cooperando o que los problemas difíciles se resuelven mejor compitiendo.
  - a) Cooperando
  - b) Compitiendo

6. Usted prefiere utilizar sus propias ideas o prefiere utilizar las ideas de otras personas.

- a) Las propias
- b) Las de otras personas

7. Cree usted que es mejor obedecer que saber mandar, o mejor saber mandar que saber obedecer.

- a) Saber obedecer
- b) Saber mandar

8. Qué cree usted, que uno debería ir de acuerdo con la opinión de la mayoría o que uno debería actuar de acuerdo con la opinión de uno mismo.

- a) De la mayoría
- b) La de uno mismo

9. Para usted qué es más importante, las calificaciones que le den a sus hijos en la escuela, o qué tan duro estudien sus hijos, sin importar qué calificaciones les den.

- a) Las calificaciones
- b) Estudiar duro

10. Cuando está con sus amigas, le gusta a usted ser la primera en decir lo que van a hacer, o le gusta que ellas sean las primeras en decir qué es lo que van a hacer.

- a) Ser la primera
- b) Las amigas primero

11. Con cual de estas dos ideas está usted de acuerdo? Cuando me va bien en un trabajo es porque me preparé bien para hacerlo, o, cuando me va bien en un trabajo es porque el trabajo es fácil.

- a) Me preparé bien para
- b) El trabajo es fácil

12. Usted cree que los problemas que uno tiene son debidos a la mala suerte, o que los problemas que uno tiene uno se los busca.

- a) Mala suerte
- b) Uno se los busca

13. Cree usted que el trabajo de la casa es para sobrellevarlo, o que el trabajo casero es para gozarlo.

- a) Para gozarlo
- b) Para sobrellevarlo

14. Cómo cree que debería ser usted, expresiva y dicharachera (ocurrente, chistosa), o calmada y controlada.
- a) Expresiva
  - b) Calmada
15. Qué cree usted más, que nunca se debe dudar de la palabra de una madre, o que todas las madres pueden cometer errores y uno debe sentirse libre de dudar de su palabra cuando ésta parece equivocada.
- a) No dudar
  - b) Sí dudar
16. Qué cree usted más, que el trabajo es un deber, o que el trabajo tiene en sí su propia recompensa.
- a) Es un deber
  - b) Tiene su propia recompensa
17. Cree usted que cuando hay cualquier problema, es mejor hacer algo luego, o que es mejor esperar para ver qué sucede.
- a) Hacer algo
  - b) Esperar y ver
18. Qué preferiría usted, tener un empleo en donde el trabajo es interesante o tener un empleo en donde la gente es amigable.
- a) Trabajo interesante
  - b) Gente amigable
19. Qué cree usted más, que cuando hay un problema uno debe enfrentarlo o que hay problemas que es mejor ignorar.
- a) Enfrentarlo
  - b) Ignorarlo
20. Cree usted que no necesita de la aprobación de los demás o cree usted que sí necesita de la aprobación de los demás.
- a) No necesito
  - b) Si necesito
21. Qué cree usted, que, si uno piensa que las órdenes de su padre no son razonables, debería poder ponerlas en duda, o que las órdenes de un padre deberían ser siempre obedecidas.
- a) Poner en duda órdenes
  - b) Ordenes siempre obedecidas

22. Con cual de las dos ideas está usted de acuerdo:
1. El mundo es como es y hay muy poco que el hombre puede hacer para cambiarlo
  2. El hombre puede cambiar al mundo para satisfacer sus propias necesidades.
- a) Poco puede hacer
  - b) Puede cambiar el mundo
23. Qué cree usted, que la vida es para gozarla, o que la vida es para sobrellevarla.
- a) Gozarla
  - b) Sobrellevarla
24. Cree usted que las órdenes del maestro deberían ser siempre obedecidas, o cree usted que si uno piensa que las órdenes del maestro no son razonables, debería sentirse en libertad de ponerlas en duda.
- a) Ordenes siempre obedecidas
  - b) Ordenes puestas en duda
25. Qué cree usted que es lo mejor, resolver uno sus propios problemas si buscar la ayuda de los demás, o buscar la ayuda de los demás para resolver los problemas propios.
- a) Resolver los propios problemas
  - b) Buscar ayuda de los demás
26. Qué le da a usted mayores alegrías, sus amigas o hacer algo bien hecho.
- a) Mis amigas
  - b) Algo bien hecho
27. Cree usted que no tiene suficiente confianza en sí misma o cree usted que tiene suficiente confianza en sí misma.
- a) No suficiente
  - b) Suficiente
28. Cree usted que es mejor ser arriesgada o que ser precavida.
- a) Arriesgada
  - b) Cautelosa o precavida

## ENTREVISTA PARA FACTORES DE RIESGO

INSTITUCION \_\_\_\_\_  
 No. \_\_\_\_\_  
 FECHA \_\_\_\_\_

**A. DATOS GENERALES**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_  
 Peso \_\_\_\_\_  
 Talla \_\_\_\_\_  
 Estado civil \_\_\_\_\_  
 Nivel escolar \_\_\_\_\_ años cursados \_\_\_\_\_  
 Dirección y teléfono \_\_\_\_\_  
 Lugar de nacimiento y procedencia \_\_\_\_\_  
 Área geográfica \_\_\_\_\_

**B. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

Número de hijos \_\_\_\_\_  
 Enseres domésticos (funcionando):  
 Lavadora \_\_\_\_\_  
 Licuadora \_\_\_\_\_  
 Material de la vivienda:  
 Paredes \_\_\_\_\_  
 Techo \_\_\_\_\_  
 Piso \_\_\_\_\_  
 Drenaje \_\_\_\_\_  
 Servicio sanitario \_\_\_\_\_  
 Número de cuartos \_\_\_\_\_  
 Ocupación de la pareja \_\_\_\_\_

**C. PRACTICAS DE HIGIENE Y SALUD Y FACTORES DE RIESGO**

1. ¿A qué edad empezó a menstruar?
2. ¿Cuál fue la edad del primer embarazo a término?
3. ¿Cuántos embarazos a término ha tenido?
4. ¿Ha usado métodos anticonceptivos?
5. ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos?
6. ¿Usa actualmente métodos anticonceptivos?

7. ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos?
8. ¿Qué tipo de método anticonceptivo ha usado con mayor frecuencia?
9. En el caso de mujeres mayores de 45 años ¿A qué edad se inició la menopausia?
10. ¿Ha estado usted bajo tratamientos hormonales? ¿De qué tipo?
11. ¿Cuál fue la razón de ello? Tiempo de uso
12. ¿Está Usted bajo tratamientos hormonales? ¿De qué tipo?
13. ¿Cuál es la razón para ello? Tiempo de uso
14. ¿Ha tenido anteriormente abultamientos en sus senos?
15. ¿Recibió Usted tratamiento, y de qué tipo?
16. ¿Fuma Usted actualmente?
17. ¿Cuánto tiempo tiene Usted fumando?
18. ¿ Algún miembro de su familia ha presentado cáncer?  
¿Quién?
19. ¿ De qué tipo? ( particularizar en ca. ma.)
20. ¿Ha presentado Usted anteriormente algún tipo de cáncer?
21. En caso afirmativo ¿qué tipo de tratamiento recibió?
22. ¿ Se examina Usted sus senos?
23. ¿Acude al especialista para examen de senos?
24. ¿Con qué periodicidad el especialista examina sus senos?
25. ¿Cuál fue la fecha del último examen de sus senos por el especialista?
26. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?  
( Si el primer intercurso fue antes de los 20 años, preguntar cuantos compañeros sexuales tuvo desde el inicio de la actividad sexual, hasta los 20 años).
27. ¿Con qué periodicidad asiste a revisión ginecológica?
28. ¿Cuál fue la fecha previa a la presente de su exámen?
29. ¿Cual es la ocupación de su esposo?

30. ¿Viaja el constantemente?
31. ¿A que lugares viaja?
32. ¿Ha sufrido Usted infecciones vaginales?
33. ¿Ha recibido tratamiento del médico? ¿En que consiste?
34. ¿Conoce Usted el diagnóstico de sus problemas infecciosos?
35. ¿Ha ocurrido algún evento en los últimos 6 meses, que la haya preocupado o mortificado y que en la actualidad le siga causando malestar? ¿Cuál es?