

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

INDICADORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CÁNCER DE MAMA



Biblioteca Central Universitaria

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LAURA ELENA URQUIDI TREVIÑO

Hermosillo, Sonora

1996

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 9 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 de mama

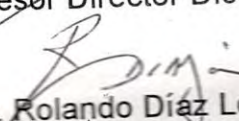
que para optar por el grado de Maestra en Psicología presenta

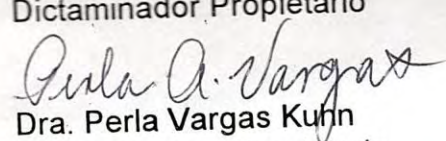
Laura Elena Urquidi Treviño

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 examen de grado correspondiente.

ATENTAMENTE


M.C. José Angel Vera Noriega
Asesor Director Dictaminador


Dr. Rolando Díaz Loving
Dictaminador Propietario


Dra. Perla Vargas Kuhn
Dictaminadora Propietaria

DEDICATORIA

Al recuerdo de mi madre, ejemplo de fortaleza hasta el último de sus días.

A Mariela, por su tolerancia y su especial amor de hija.

A mi familia Fernando, Yolanda, Fer y Memo por su fraternal amor.

A Martha por su solidaridad y por compartirme su sabiduría.

A Vale por su apoyo incondicional, su franqueza y por contagiarme de su entusiasmo y fortaleza.

A Claudia y David, por su invaluable amistad y su apoyo en los buenos y malos momentos.

A Paula, por su gran apoyo moral y su incondicionalidad para el trabajo.

A Fernando por su paciencia y estar siempre cerca.

A Lili, Zaira, Conchita, Patty, Pancho, Federico, Victor, Juan y Neto, con gran afecto.

A mis compañeros de trabajo, por el tiempo compartido.

A los asesores de este trabajo, Angel, Perla y Rolando, mi infinito agradecimiento.

A ti, por concederme el honor de leer este humilde trabajo.



AGRADECIMIENTOS

No hay palabras adecuadas para agradecer a Paula, Anita, Chalita, Mary y Lorenia, sin su participación este trabajo hubiera sido imposible.

La participación de Instituciones y personalidades fue de gran valía, por lo que deseo agradecer a CONACyT, por el apoyo financiero al proyecto de investigación del cual el presente documento se deriva. Agradezco igualmente SEP y ANUIES por el otorgamiento de las becas para la realización de esta tesis.

Un especial agradecimiento a las instituciones que abrieron sus puertas y facilitaron el acceso a sus pacientes: Hospital General del Estado, en especial al Dr. Jorge Cordón, La Agrupación George Papanicolaou, particularmente a la Sra. Esther de Estrella, Hospital Ignacio Chávez e Instituto Mexicano del Seguro Social.

Un singular agradecimiento a el Alma Mater que a través de diferentes instancias apoyó con recursos financieros y técnicos la realización de este trabajo. Al M.C. Pedro Ortega en calidad de Director de Investigación y Posgrado y en su actual cargo de Vice-Rector, al M.C. Juan Manuel Romero Gil, en su calidad de Director de la División de Ciencias Sociales, al Lic. Carlos Tena Figueroa Jefe del Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación, al Lic Daniel González Coordinador del Programa Docente de Psicología, y al M.C. Francisco Obregón S. Coordinador de la Maestría en Psicología.



Biblioteca Central Universitaria



ÍNDICE

	Pag.
1. ANTECEDENTES	1
1.1. El cáncer como una enfermedad multideterminada	1
1.1.1. La explicación biológica	1
1.1.2. La explicación sociodemográfica	3
1.1.3. La explicación ambiental	5
1.2. La dimensión psicológica en el proceso de salud-enfermedad	6
1.2.1. La medicina conductual	6
1.2.2. La psiconeuroendocrinología	7
1.2.3. La psiconeuroendocrinoinmunología	8
1.2.4. Los procesos psicológicos	12
1.2.5. Recapitulación y supuestos	14
2. MARCO TEÓRICO	16
2. 1. El cáncer de mama	16
2. 1. 1. Antecedentes históricos del cáncer de mama	16
2. 1. 2. Los procesos psicológicos en el cáncer de mama	19
2. 2. Factores psicológicos asociados al curso del cáncer de mama	21
2. 2. 1. Afrontamiento, ansiedad y depresión	21
3. MÉTODO PARA EL ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LAS VARIABLES DE MEDICIÓN	27
3. 1. Propiedades psicométricas	27
3. 1. 1. Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckham y Adams	28
3. 1. 2. Escala de Filosofía de Vida de Díaz-Guerrero	28
3. 1. 3. Inventario de Depresión de Beck y Steer	29
3. 1. 4. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger y Díaz-Guerrero	31
3. 1. 5. Entrevista estructurada	33

3. 2. Sujetos	35
3. 3. Procedimiento	35
3. 3. 1. Entrenamiento a entrevistadoras	35
3. 3. 2. Herramientas estadísticas	36
4. RESULTADOS	37
4. 1. Análisis psicométrico del Inventario de Depresión de Beck y Steer en población mexicana	37
4. 2. Análisis psicométrico del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger y Díaz-Guerrero en población mexicana	39
5. MÉTODO PARA LA COMPARACIÓN DE DOS GRUPOS	42
5. 1. Sujetos	42
5. 2. Diseño	43
5. 3. Procedimiento	43
5. 4. Análisis de datos	44
6. RESULTADOS	45
6. 1. Factores de riesgo	45
6. 2. Variables psicológicas	46
6. 2. 1. Prueba <i>t</i> de Student para diferencia de medias	46
6. 2. 2. <i>r</i> de Pearson para la correlación de variables en el grupo estudio	49
6. 2. 3. <i>r</i> de Pearson para la correlación de variables en el grupo control	53
7. DISCUSIÓN	57
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXO	69



LISTA DE FIGURAS

Núm.		Pág.
1	Factores de riesgo para cáncer de mama	18
2	Correlaciones entre variables en el grupo estudio	51
3	Correlaciones entre variables en el grupo control	56

LISTA DE TABLAS

Núm.		Pág.
1	Dimensiones y variables para la evaluación de nivel socioeconómico	34
2	Análisis factorial de reactivos para el Inventario de Depresión de Beck y Steer	38
3	Análisis factorial de reactivos para el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger y Díaz-Guerrero	40
4	Resultados de factores de riesgo para sujetos con cáncer de mama y sujetos control	46
5	t de Student para diferencias de medias	47
6	r de Pearson para variables del grupo estudio	50
7	r de Pearson para variables del grupo control	55



ANEXO

	Pag.	
1	Entrevista estructurada	70
2	Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckham y Adams (Versión completa)	73
3	Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckham y Adams (Nueva Versión)	81
4	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger y Díaz-Guerrero	86
5	Inventario de Depresión de Beck y Steer	88
6	Escala de Filosofía de Vida de Díaz-Guerrero	92

RESUMEN

El presente estudio contempla la evaluación de variables psicológicas en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y en sujetos control sin diagnóstico de cáncer. Los grupos fueron apareados de acuerdo a la edad de las sujetos, los años de escolaridad cursados y el estado civil. Las variables evaluadas contemplaron factores de riesgo biológicos y conductuales asociados al cáncer de mama, indicadores de depresión, ansiedad, afrontamiento y confrontación. Dichos indicadores fueron evaluados a través del Inventario de Depresión de Beck y Steer, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger, la Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckham y Adams y la Escala de Filosofía de Vida de Díaz-Guerrero. Se utilizó también una entrevista estructurada para la evaluación de aspectos sociodemográficos y factores de riesgo. Se presenta el análisis psicométrico de los instrumentos de evaluación para depresión y ansiedad en población que acude a servicios de salud pública. Para el análisis de las datos arrojados de los grupos de estudio, se utilizó una *t* de Student para comparación de medias para cada una de las variables evaluadas. Se corrió un análisis de correlación intragrupo, a través de la *r* de Pearson para identificar la posible relación entre las variables estudiadas. Los resultados mostraron diferencias en la varianza de las variables de ansiedad estado, depresión emocional y en los estilos de confrontación sobre control interno activo y autonomía. Las correlaciones sugieren que las pacientes con cáncer de mama utilizan la estrategia de afrontamiento pasivo y presentan comportamientos tanto de ansiedad como de depresión. Por su parte, las sujetos sin diagnóstico de cáncer parece que utilizan tanto la estrategia de afrontamiento pasivo como las de búsqueda de apoyo y de autogestión, y a su vez presentan comportamientos de ansiedad y depresión. Se discuten los hallazgos del presente estudio así como sus limitaciones y perspectivas en relación a este tema de investigación.

1. ANTECEDENTES

1. 1. El Cáncer como Enfermedad Multideterminada

El cáncer es una enfermedad tan antigua como la humanidad misma. Se han identificado tumores óseos en restos egipcios antiguos que datan del año 3000 a.C. (McAllister, Horowitz y Gilden, 1993). La evidencia escrita acerca de los tumores cancerosos, aparece en el Papiro de Ebers (1500 a.C.) y en el Papiro de Edwin Smith. (Lazcano-Ponce, Tovar-Guzmán, Alonso De Ruiz, Romieu y López-Carrillo, 1996).

El primero en utilizar el término carcinoma, del griego karkinoma que significa cangrejo, fue Hipócrates en el siglo 400 a.C., quien concibió este concepto a través de la observación en tumoraciones mamarias, dado el parecido de las pinzas del cangrejo con las extensiones que se observan en el cáncer disperso (McAllister, Horowitz y Gilden, op.cit.).

La complejidad y variedad (más de 200 tipos) de las enfermedades neoplásicas y su incremento significativo en los índices de morbi-mortalidad, ha llevado a los investigadores de diferentes disciplinas al estudio de los factores que se asocian al origen y desarrollo del padecimiento.

En este sentido, la literatura actual propone modelos biológicos, sociodemográficos y psicológicos, que representan serios intentos explicativos acerca de los procesos implicados en el fenómeno oncológico.

1. 1. 1. La Explicación Biológica

En el caso de las ciencias biomédicas, la carcinogénesis es ahora considerada como un proceso de pasos múltiples, que inicia con una serie de cambios específicos en el ADN. Este componente nuclear está constantemente expuesto a sustancias que pueden alterar los genes. Dichas alteraciones generalmente son reparadas por mecanismos intrincados cuya función esencial es prevenir los estragos celulares. Sin

embargo, si estos cambios persisten, la célula alterada puede multiplicarse escapando a los mecanismos normales de reproducción, generándose así una proliferación de células anormales que además tienen la capacidad de invadir tejidos aledaños y tejidos distantes (McAllister, Horowitz y Gilden, 1993; Love, 1990).

En este sentido y de acuerdo con Weinberg (1988), las raíces del cáncer descansan en los genes. En cada célula del organismo existen alrededor de 3,000 a 4,000 genes, cuya función es la de controlar las funciones básicas de crecimiento, diferenciación y división celular, estos genes se denominan protooncogenes, los cuales pueden ser el blanco de una amplia variedad de agentes químicos (ingredientes de alimentos, drogas, productos del metabolismo normal de las células), físicos (rayos ultravioletas, rayos X) y biológicos (errores en la replicación del ADN). Estos agentes provocan mutaciones en los protooncogenes, que si no son reparados por los propios mecanismos celulares de control, se transforman en oncogenes o genes precursores de las neoplasias, responsables del crecimiento desorganizado de las células. Dicho crecimiento puede ser frenado por otro grupo de genes denominados genes supresores del tumor. A la fecha se han identificado dos tipos; el gen Rb, asociado al retinoblastoma y el gen p53, probablemente asociado al menos al 50% de todos los cánceres humanos.

No obstante el inmenso avance en el campo de la Biología Molecular del cáncer, existen aún una serie de cuestiones sin respuesta, pero como señalan McAllister, Horowitz y Gilden (1993), el avance en este campo de estudio, proveerá en un futuro, herramientas valiosas para el diagnóstico y prognosis de varios tipos de cáncer.

1. 1. 2. La Explicación Sociodemográfica

Dentro de las Ciencias Sociales, una aproximación global sostiene que los padecimientos crónicos como es el caso del cáncer, obedecen o se relacionan con las transformaciones sociales y económicas que caracterizan a las diferentes naciones; es en este sentido que el cáncer, se ha conceptualizado como el padecimiento de los países desarrollados (Frenk, Frejka, Bobadilla, Stern, Lozano, Sepúlveda y Marco José, 1991), no obstante, los países en vías de desarrollo son también protagonistas de las enfermedades neoplásicas, lo que hace suponer, que aunado a los factores sociodemográficos existe la concurrencia de otras variables que son específicas de los individuos.

De acuerdo con estudios de epidemiología descriptiva, la incidencia de tumores malignos no sólo varía de acuerdo al desarrollo de los diferentes países, sino también en función de la edad y el sexo para las diversas tipologías. Por ejemplo, en 1980 se estimó a nivel mundial una incidencia de alrededor de 6,4 millones de casos, de los cuales 3,3 corresponden a varones y 3,1 millones a mujeres. El cáncer más frecuente fue el de estómago seguido por los de pulmón, mama, colon/recto y cérvix (Bosch y Coleman, 1990).

En esta misma tónica y de acuerdo con Carins (1978), el cáncer de hígado es más frecuente en hombres de Mozambique, mientras que en los países occidentales es bastante raro; la enfermedad de Kaposi es común en los países de Africa Central y Oriental; el cáncer de pulmón es altamente frecuente en países noroccidentales, por ejemplo en Estados Unidos donde el incremento en las últimas décadas en mujeres afectadas, es realmente elevado.

Respecto de la variabilidad de las neoplasias en relación con la edad, se ha observado (en quince países industriales incluyendo a Estados

Unidos), para el cáncer de mama un incremento significativo en mujeres mayores de 50 años; en el caso del melanoma, éste es más frecuente en individuos mayores de 45 años y las muertes por cáncer de pulmón, mama y próstata se han incrementado en individuos mayores de 45 años (Beardsley, 1994).

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 la muertes era debido a enfermedades infecciosas, disminuyendo esta 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 (Frenk, Frejka, Bobadilla, Stern, Lozano, Sepúlveda y Marco José, 1991).

De acuerdo con las estadísticas oficiales, en 1990 los tumores malignos ocuparon la segunda causa de mortalidad general con 22,423 defunciones para el sexo femenino y 20,280 para el sexo masculino. Respecto a la mortalidad por órgano afectado en la mujer, el carcinoma cérvicouterino ocupa el primer lugar seguido por el carcinoma mamario, presentándose en este último una frecuencia mayor de muertes en mujeres entre los 40 y 44 años de edad (Cisneros, 1992).

Las diferencias tipológicas y la variación en los índices de morbi-mortalidad en relación a la ubicación geográfica, probablemente se relacione a los niveles de desarrollo socioeconómico. No obstante, hay que tener presente que esta aproximación poblacional dejaría de ser relevante si olvidamos que cada región y cada grupo étnico se identifica no sólo por sus condiciones socioeconómicas y de bienestar, sino por su ideosincracia cultural la cual se traduce a prácticas individuales a favor o en contra de la salud.

Sobre este último aspecto, Saracci y Repetto (1978), señalan que las

mujeres que pertenecen a países en donde las tasas de cáncer mamario son bajas, al emigrar a otros países en donde la incidencia es elevada, se observan incrementos en la frecuencia del trastorno en sus descendientes, por ejemplo, mujeres que emigran de China o Japón a Estados Unidos. Estos cambios probablemente sean explicados por cambios en las prácticas individuales que son promovidos por la cultura del país receptor del migrante, tales como el tipo de alimentación, exposición a sustancias tóxicas y los estilos de vida en general.

1. 1. 3. La Explicación Ambiental

Otra tónica disciplinaria pero que complementa la idea respecto a la etiología de carácter socioeconómico y demográfico, sostiene que algunos tipos de cáncer son producto de factores ambientales (Drinkwater y Sugden, 1990). Aunque, fue en el siglo XIII cuando se observó por primera vez que la exposición a determinadas mezclas químicas generaba cáncer, ha sido en el presente siglo a través de la experimentación con animales, que se han logrado identificar una serie de sustancias químicas como agentes cancerígenos. Así, el ambiente incluye la inducción directa de cáncer por exposición a agentes químicos y físicos, o a agentes de orden viral. Sin embargo los factores ambientales nocivos cobran relevancia en el proceso de carcinogénesis, en la medida en que el individuo a través de sus prácticas conductuales entra en contacto con tales factores; así, el tabaco es nocivo en tanto se consume (directa o indirectamente), las toxinas de origen natural se asocian a ciertos cánceres, si constituyen la dieta principal de los individuos; el herpes simple tipo II y el papiloma virus humano, son precursores de cáncer cérvicouterino en sujetos con prácticas sexuales específicas, etc.

En resumen, se puede decir que existen macro factores (variables socioeconómicas), factores físicos (variables ambientales) y factores

conductuales, que se han identificado como elementos asociados al proceso oncológico. Sin embargo, el cáncer es un padecimiento *individual*, resultado de un proceso continuo y complejo, en donde para cada individuo la concurrencia específica de variables de índole biológica, psicológica y sociocultural determina la ocurrencia, la gravedad y el tipo de diferentes procesos oncológicos.

1. 2. La Dimensión Psicológica en el Proceso de Salud-Enfermedad

La suposición acerca de la relación entre variables biológicas y variables psicológicas, no es privativa de la época contemporánea. Hipócrates, padre de la Medicina, señalaba la influencia recíproca entre el cuerpo y el alma, y el papel etiológico del ambiente social sobre la enfermedad (Bayés, 1985).

Sin embargo la investigación sistemática que parte del supuesto de la relación estrecha entre el comportamiento biológico y el psicológico, data de la segunda mitad del presente siglo. A partir de entonces han emergido campos interdisciplinarios, como la Medicina Conductual, la Psiconeuroinmunología, la Psicología de la Salud, etc., que dan cuenta del papel de lo psicológico en el proceso de salud-enfermedad. A continuación se revisarán sucintamente algunos de dichos campos interdisciplinarios, que guardan mayor relación con las enfermedades oncológicas.

1. 2. 1. La Medicina Conductual

El campo interdisciplinario de la Medicina Conductual emerge en los 70's, dada la concurrencia de tres eventos: (a) La aplicación de técnicas conductuales a la solución de problemas de índole médica, como la obesidad y el tabaquismo. (b) El uso de la retroalimentación biológica en la terapia de los denominados trastornos psicofisiológicos, tales como la enfermedad de Rainaud, las cefaleas, la hipertensión esencial, etc , y (c) el reconocimiento del papel de la conducta como factor de riesgo para las

enfermedades que estaban punteando a mediados de siglo, esto es, los trastornos cardiovasculares y el cáncer (Blanchard, 1982). Este último acontecimiento, es de vital interés en tanto no sólo demuestra que la conducta tácitamente puede entenderse como factor de riesgo o de prevención, sino que también constituye un elemento crucial en el proceso terapéutico, ya que como señala Blanchard (op.cit), las enfermedades crónicas mas que ser curadas requieren un manejo específico para su control, en donde la adherencia terapéutica, la modificación de hábitos, el control emocional, etc., son todos aspectos de índole psicológica que contribuyen significativamente al manejo terapéutico.

1. 2. 2. La Psiconeuroendocrinología

Otro campo interdisciplinario que a través de numerosas investigaciones ha destacado la importancia de los factores psicológicos como moduladores de la salud-enfermedad, es la Psiconeuroendocrinología.

En esta línea de conocimiento se ha puesto un especial interés en la relación que guarda la enfermedad con los procesos de estrés.

Valdés y Flores (1985), sostienen que el estrés dentro del campo de la enfermedad se refiere al fracaso adaptativo el cual "...consiste en una excesiva activación de gran resonancia emocional" (pag. 57). Siguiendo a los autores, dentro del proceso de estrés están implicados los procesos psicológicos (a los cuales se hará referencia posteriormente), y su consecuencia es la activación del organismo que se inicia a través de procesos nervioso-centrales. Esta activación alcanza su punto máximo ante situaciones que demandan esfuerzo conductual. La preparación del organismo para afrontar estas demandas se lleva a cabo a través del sistema simpático adrenal, cuyas consecuencias biológicas se manifiestan en la frecuencia cardiaca, la elevación de la glucosa, disminución en la secreción de la insulina, aumento de la secreción de ACTH, de la hormona

del crecimiento, de hormona tiroidea y de esteroides adrenocorticales.

En este proceso de activación biológica, las hormonas han sido consideradas como indicadores bioquímicos de la capacidad adaptativa. Como señalan Valdés y Flores (op.cit), "..la noradrenalina se ha vinculado a la atención y a la acción conductual y la adrenalina ha sido considerada el indicador bioquímico de la actividad emocional" (pag. 61). Sobre este tópico, vale la pena recordar los trabajos clásicos de Weiss y Seligman, en donde los sujetos que recibían descargas inescapables, presentaban conductas equiparables a las conductas depresivas y bajos niveles de noradrenalina (Weiss, 1972; Seligman, Klein y Miller, 1976).

A su vez, las hormonas corticales como los glucocorticoides, han sido estudiadas en relación con procesos de estrés, por ejemplo los niveles de cortisol parecen ser bajos cuando el individuo enfrenta situaciones estresantes de amenaza, pero cuenta con recursos conductuales para el control; La situación inversa parece presentarse ante situaciones de amenaza pero en donde el individuo no tiene posibilidades de control, en donde los niveles de cortisol se muestran elevados (Boure, citado por Valdés y Flores, 1985).

En resumen, los estudios en el campo de la psiconeuroendocrinología, están más orientados a la descripción del sustrato neuroendócrino que subyace a los estados de estrés y sus concomitantes emocionales como la ansiedad y la depresión.

1. 2. 3. La Psiconeuroendocrinoinmunología

Por otro lado, los investigadores en el campo de la psiconeuroendocrinoinmunología se han enfrentado durante los últimos 15 años, al reto de demostrar las interrelaciones entre la dimensión psicológica y el sistema inmunitario. Coen, Adher y Felten (1995), sostienen que los cambios conductuales y los estados emocionales que acompañan la

percepción del medio y los esfuerzos para adaptarse a las circunstancias ambientales estresantes, están acompañados de un patrón complejo de cambios neuroendócrinos que afectan los mecanismos de defensa inmunológica y predisponen a la iniciación y progresión de procesos patofisiológicos que incluyen, infecciones, alergias y enfermedades neoplásicas.

En esta misma dirección, Herbert y Cohen (1993a), señalan que la exposición a situaciones estresantes resulta en alteraciones del sistema inmunitario, esto a través de mecanismos neuroendócrinos y de mecanismos conductuales. En primer lugar, el estrés se relaciona con la activación del sistema endócrino, incluyendo el eje hipotalámico-pituitario-adrenal, y el sistema nervioso autónomo. La activación de estos dos sistemas da como resultado niveles elevados de cortisol y catecolaminas. Por otro lado, las células del sistema inmunitario poseen receptores para este tipo de hormonas, lo cual indica que juegan un papel modulador en el funcionamiento de la inmunidad del organismo.

En segundo lugar, las personas que se encuentran bajo estados de estrés, tienden a dormir y a ejercitarse menos, fuman, tienen dietas pobres y frecuentemente hacen uso de alcohol y drogas (Herbert y Coen, 1993b). Estos comportamientos además de la bioquímica específica de los estados emocionales, afectan igualmente la actividad inmunitaria .

Los estudios de laboratorio han revelado la relación entre estrés y sistema inmunitario (particularmente células NK y linfocitos T), con el desarrollo de las células cancerosas (Sklar y Anisman, 1991; Ben-Eliyahu, Yirmiya, Liebeskind, Taylor y Gale, 1991).

Los estudios con humanos han mostrado también hallazgos importantes, por ejemplo, Levy, Herberman, Maluish, Schlien y Lippman (1985), reportaron un estudio de 75 pacientes con cáncer primario en

mama, en donde la actividad periférica de las células NK fue un predictor importante para el estado de nódulos axilares, encontrando que el 5% de la varianza de dicha actividad, era explicada al introducir en un análisis de regresión múltiple, tres indicadores de perturbación (apoyo social, ajuste y síntomas de fatiga y depresión). En un estudio posterior, Levy, Herberman, Lippman y d'Angelo (1987), indicaron que los hallazgos de relevancia clínica se orientan a suponer que las variables psicológicas estudiadas (fatiga, depresión y apoyo social), pueden incluirse en un modelo que permita predecir la actividad de las células NK. Si éstas células juegan un papel de vigilancia para frenar la dispersión o metástasis de células malignas, entonces los factores psicológicos asociados a la actividad celular, podrían conceptualizarse como marcadores del estatus biológico de riesgo para la exacerbación del padecimiento.

Los estudios que se han enfocado a la posible interrelación de las variables psicológicas, el sistema inmunitario y el proceso oncológico, son variados y no proporcionan información concluyente. Esto quizá debido a la complejidad intrínseca tanto de las variables psicológicas, como de las variables biológicas. Se sabe por ejemplo, que el estrés tiene un efecto diferencial sobre el proceso tumoral, dependiendo de la fase de desarrollo en que se encuentra el tumor cuando el individuo enfrenta situaciones estresantes. Sklar y Anisman (1993), señalan que en la primera fase, que se refiere a la aparición del tumor, el estrés posiblemente tenga un efecto potenciador más que un efecto directo sobre la inducción del tumor. En las fases de crecimiento y metástasis, el estrés presumiblemente tenga un efecto en el desarrollo del tumor a través de mecanismos hormonales e inmunitarios, particularmente en aquellos casos de tumores hormonodependientes.

Otro aspecto que complejiza el entendimiento de la relación entre

estrés y cáncer es, según Sklar y Anisman (op cit), la cronicidad de los estados estresantes. Los autores señalan que en estudio con animales, el estrés crónico probablemente genera cambios compensatorios de carácter neuroquímico y hormonal, lo cual según los datos reportados en estudios con infrahumanos no favorece el desarrollo el desarrollo tumoral.

En resumen, el estrés es inegablemente un fenómeno complejo, particularmente en humanos los estresores pueden diferir en predictibilidad, controlabilidad y duración; no es sorprendente que los estudios sean controversiales y en ocasiones contradictorios.

De acuerdo con Ben- Eliyahu, Yirmiya, Liebeskind, Taylor y Gale (1991), si las relaciones entre estrés y cáncer identificadas en animales, fueran similares en los humanos, entonces cuando los eventos estresantes, como el diagnóstico o la cirugía pudieran ser anticipados, sería de vital importancia ofrecer a los pacientes alternativas que prevengan la inmunodepresión, ya sea a través de medicamentos o de psicoterapia.

Bajo este orden de ideas, podría suponerse que las características de los eventos (impredictibilidad, controlabilidad e intensidad) se asocian a la intensidad del estrés experimentado. Sin embargo, esta perspectiva limitaría el entendimiento del papel que tiene la conducta como elemento modulador de la relación entre el organismo y situaciones específicas del medio. En este sentido habría que adicionar a esta lógica de pensamiento un elemento que permitiera entender las variaciones individuales en relación a la salud o la enfermedad como resultado de la interacción del organismo con el entorno.

De acuerdo con Ribes (1990), "...los efectos del estrés no dependen exclusivamente de las características físicas de la situación...es el comportamiento objetivo que se despliega frente a situaciones con características delimitables el que modula las formas de reacción biológica

del propio individuo...la interacción de un individuo con las contingencias del ambiente no se restringe a una dimensión puramente psicológica. El individuo representa una totalidad en la que sería absurdo destacar exclusivamente lo psicológico al margen de las condiciones biológicas". (1990, págs. 28 y 51).

1. 2. 4. Los Procesos Psicológicos

Considerando la dimensión psicológica como un elemento modulador de las interacciones del individuo como ser biológico, con el ambiente (físico y social), resulta indispensable proponer un modelo que dé luz acerca del cómo dichas interacciones tienen resultados diferentes en los individuos.

Lazarus y Folkman (1986), señalan que cuando el individuo entra en contacto con situaciones nuevas o cambiantes, se involucra en una serie de procesos de valoración cognoscitiva a través de los cuales confiere un significado al evento. En un primer momento (evaluación primaria), los eventos pueden ser percibidos como irrelevantes, benignos o estresantes en términos de sus consecuencias. Las características de los eventos como la ambigüedad, la impredecibilidad y la incontrolabilidad, son elementos que contribuyen al establecimiento de significados estresantes de la situación.

Las evaluaciones estresantes, incluyen significados de *pérdida/daño*, *amenaza* y *desafío*. (1) La *pérdida* implica perjuicio recibido, como el padecer algún tipo de enfermedad incapacitante o la muerte de un ser querido. (2) La *amenaza* por su parte, hace referencia a daños o pérdidas que aún no acontecen pero que pueden presentarse, por ejemplo los pacientes con enfermedades crónicas (además de la valoración relacionada con la pérdida), anticipan como amenaza las consecuencias que ello implica, tales como las derogaciones económicas, la posible pérdida de empleo e incluso la muerte. (3) Finalmente, el *desafío*, tiene elementos en común con la amenaza, en tanto que ambos implican anticipación de las consecuencias,

sin embargo la principal diferencia radica en el tipo de estrategias de afrontamiento que se involucran, dado que en el desafío se percibe un reto por superar la situación, mientras que en la amenaza predomina el potencial lesivo del evento y su impredecibilidad. Otra diferencia entre desafío y amenaza, estriba en el tipo de emociones que acompañan a la valoración; por un lado el desafío se encuentra generalmente asociado a la impaciencia o al regocijo, mientras que la amenaza se acompaña de estados ansiógenos o depresivos, miedo y mal humor (Lazarus y Folkman, op cit).

En un segundo momento, el individuo valora la disponibilidad de los recursos con los que cuenta para hacer frente a la situación; si la valoración del evento fue estresante y las demandas ambientales sobrepasan los recursos del individuo, la resultante de este proceso de valoración se traduce en estrategias inefectivas de afrontamiento que generalmente involucran comportamientos (evitación, aislamiento, etc) diversos y reacciones emocionales de diferente intensidad.

Este proceso de valoración está regulado por la propia historia y la capacidad conductual del individuo y, es en este sentido que ante un mismo evento se observarán entre individuos o para el mismo individuo a lo largo del tiempo, diferentes estrategias de afrontamiento y diversos grados de efectividad en el uso de las mismas. Es así, que el afrontamiento de acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), se define como "los esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" pag. 164.

Lazarus y Folkman (op. cit.) diferencian dos funciones de afrontamiento, una dirigida a manipular o alterar el problema y otra dirigida a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar. En el caso del afrontamiento dirigido a las emociones se incluyen por ejemplo, la evitación,

la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, la comparación positiva, la extracción de valores positivos de los eventos negativos y la reevaluación cognoscitiva. El afrontamiento dirigido a la solución de problemas involucra la definición del problema y el análisis de las alternativas.

A través de los estudios sobre afrontamiento, se han ido identificando diferentes estrategias, por ejemplo en un estudio realizado con 85 parejas, se lograron delimitar ocho estrategias de afrontamiento, tres de ellas relacionadas con la solución de problemas, siendo éstas la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la planeación para solucionar el problema. En el caso de las estrategias para el manejo emocional, se indentificaron el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la aceptación de responsabilidad y escape/evitación (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento no es sinónimo de efectividad conductual frente a las demandas ambientales. Por el contrario, los *resultados* del afrontamiento son independientes de las estrategias utilizadas, esto es, no se puede establecer a priori que una o algunas estrategias son efectivas per se, en todo caso su efectividad o inefectividad depende de los cambios generados en el entorno o, de los cambios generados en la propia conducta, que permitan la solución del problema y/o el control emocional.

1. 2. 5. Recapitulación y Supuestos

A manera de resumen sobre lo expuesto, y de acuerdo con las aportaciones derivadas de los diversos campos intedisciplinarios puede decirse que: (a) La salud o la enfermedad, inicialmente pueden estar determinadas por procesos de índole genética o congénita y, que en el proceso de desarrollo individual, estas variables pueden derivar en el

desarrollo de neoplasias, o por el contrario, permanecer latentes sin llegar a manifestarse como estado mórbido. (b) Las variables de corte psicológico guardan cierto tipo de asociación con el proceso oncológico. Por una parte, las conductas de riesgo como el fumar, ciertos hábitos alimentarios, la exposición a determinadas sustancias químicas, etc., y probablemente los estados de estrés, fungan como elementos que participan en la promoción del cáncer. Esta relación ha sido parcialmente explicada a través de los estudios en el campo de la Psiconeuroendocrinoinmunología, aunque como se señaló anteriormente los datos de esta área de investigación resultan en ocasiones controversiales.

Por otro lado, en relación al desarrollo de la enfermedad oncológica, que incluye el crecimiento tumoral y su dispersión o metástasis, presumiblemente se asocie a las conductas que el individuo despliega ante situaciones estresantes (como es el caso del propio padecimiento), que en el caso de ser inefectivas para lidiar con dicha situación, desemboque en estados emocionales como la ansiedad y la depresión.

Bajo este orden de ideas y partiendo de la concepción sobre la enfermedad como proceso individual, podría suponerse que en los individuos que cursan por un proceso oncológico: (1) Es probable que en sujetos con diagnóstico positivo de cáncer se observe una mayor frecuencia de factores de riesgo biológico y conductual, en relación a individuos sin diagnóstico positivo a cáncer. (2) La relación entre estados emocionales y estrategias de afrontamiento en individuos con cáncer, puede ser diferente a la relación de dichas variables en sujetos con padecimientos menores y, (3) Aún cuando las estrategias de afrontamiento pueden ser múltiples, alguna puede resultar predominante.

2. MARCO TEORICO

2. 1. El Cáncer de Mama

En relación al cáncer de mama, en México, se ha observado un aumento en la frecuencia de mortalidad, al inicio de los noventa este índice se incrementó en un 7.2% respecto de 1980. La tasa cruda de mortalidad en mujeres mayores de 25 años sufrió un incremento del 2.5%; y el peso relativo en la mortalidad por tumores se triplicó. Así el cáncer de mama ocupa el sexto lugar de mortalidad por tumores malignos en general y la segunda causa de muerte para el sexo femenino (Lazcano-Ponce, Tovar-Guzmán, Alonso De Ruiz, Romieu y López-Carrillo, 1996).

2. 1. 1. Antecedentes Históricos del Cáncer de Mama

Lazcano-Ponce, Tovar-Guzmán, Alonso De Ruiz, Romieu y López-Carrillo (op.cit.), en su revisión histórica sobre el cáncer de mama, señalan que la primera descripción acerca de la historia natural de la enfermedad, fue realizada por Herodoto en el año 400 a.C.

En el año 200 d.C., Galeno describió la primera evidencia empírica de la influencia de los estrógenos, observando que el cáncer de mama era más frecuente después de la menopausia. En este mismo siglo Leónides de Alejandría describió la retracción del pezón como un signo diagnóstico de cáncer de mama.

A inicios de la época renacentista (Ss. XV y XVI), Ambrosio Paré, reconoce la relación entre el tumor mamario y la extensión de la enfermedad hacia los ganglios axilares y, para el siglo XVII, Marco Aurelio Severino, contribuye a la diferenciación entre tumores malignos y benignos.

Todos los descubrimientos previos al siglo XIX, provenían de la observación de manifestaciones tumorales identificables a la vista natural.

No fue hasta 1836 que Johannes Müller, patólogo alemán, caracterizó al cáncer como una enfermedad de las células, al diferenciar ante el

microscopio las células de tejidos normales de las células de tejidos malignos, las cuales se caracterizan por presentarse de manera desorganizada, anormales, inconsistentes en tamaño y forma y con estructuras internas deformes (McCallister, Horowitz y Gilden, 1993).

Los primeros estudios histológicos sobre el cáncer mamario datan de finales del siglo XIX, y sostenían la posibilidad de demostrar la relación entre lesión superficial y daños en los tejidos propios de la mama, esta discusión sobre el origen epitelial del trastorno prevaleció hasta principios del siglo XX. En 1906, Sir G. Lenthal Cheatele, concluyó que el cáncer mamario se originaba a nivel ductal, pero que los mecanismos oncogénicos eran aún ignorados.

En la década de los 80's, Connally (citado por Lazcano-Ponce y Cols. op.cit), señaló que el cáncer mamario era una proliferación de células potencialmente malignas localizadas en el interior de los conductos mamaros. A la fecha se reconoce que el cáncer de mama es una enfermedad sistémica, que implica la interrelación compleja entre elementos del huésped y elementos del tumor. Dentro de esta perspectiva de interacción multicausal, Lazcano-Ponce y cols. (op.cit), proponen un esquema basado en la concepción de factores de riesgo, en donde sitúan por un lado a los predisponentes y por otro lado a los intervinientes, estos últimos a su vez los dividen en inductores y promotores. Los indicadores de estos elementos aparecen en la figura 1. (Lazcano-Ponce, Tovar-Guzmán, Alonso De Ruiz, Romieu y López-Carrillo, 1996).

En relación a los factores de riesgo como la nuliparidad, el primer embarazo, la menarca tardía y los tratamientos hormonales, están relacionados con el funcionamiento del sistema endócrino. Se ha observado que las mujeres con cáncer de mama presentan niveles de estrógeno más

Predisponentes	Intervinientes	
<p>I. Características individuales socioeconómicas</p> <p>a) Edad mayor de 50 años b) Estratificación social alta c) Acceso a servicios de salud - Ausencia de autoexploración física de mama - Ausencia de exploración clínica de mama - Ausencia de mamografía en mujeres de alto riesgo</p> <p>II. Características individuales biológicas</p> <p>a) Genética Exposición del gen BRCA1, mutación del gen supresor p53 y síndrome de neoplasias múltiples T</p>	<p>I. Inductores</p> <p>a) Exposición acumulada a estrógenos</p> <p>I. Promotores</p> <p>a) Reproductivos - Nuliparidad - Ausencia de lactancia - Menarca temprana - Menopausia tardía</p> <p>b) Consumo prolongado de hormonales anticonceptivos y terapia de remplazo hormonal</p> <p>c) Antecedente heredo-familiar de primer grado de cáncer de mama</p> <p>d) Antecedente de enfermedad benigna de mama</p> <p>e) Exposición acumulada a radiación, campos magnéticos y pesticidas</p> <p>f) Estilo de vida - Consumo elevado de grasas - Consumo elevado de alcohol - Consumo deficiente de precursores de vitamina A, C, D, E y selenio</p>	<p>cáncer de mama</p>

Figura 1.- Factores de riesgo para cáncer de mama. (Lazcano-Ponce, Tovar-Guzmán, Alonso De Ruiz, Romieu y López-Carrillo, 1996)*

*Tomada de la Revista de Salud Pública en México (1996) Vol. 36, No.2.

elevados que las mujeres control con diagnóstico negativo. Así mismo en los temprana y menopausia tardía se manifiesta un incremento significativo en la exposición a estrógeno y progesterona, esto como un efecto acumulado a largo plazo de dichas hormonas. En este sentido las mujeres que dejan de menstruar antes de los 45 años, sea de manera natural o por algún tipo de cirugía, tienen el 50% menos de riesgo de presentar cáncer de mama respecto de aquellas mujeres que continúan menstruando después de los 55 años (McAllister, Horowitz y Gilden 1993; Lazcano-Ponce, Tovar-Guzmán, Alonso De Ruiz, Romieu y López-Carrillo, 1996).

En virtud de lo anterior, pudiera cuestionarse el papel del embarazo en el desarrollo del cáncer de mama, ya que durante este período se registran altas concentraciones de estrógenos y progesterona. Esta asociación resulta un tanto compleja, al parecer estas características hormonales no sólo reducen la probabilidad del desarrollo de células cancerosas, sino que generan diferenciación celular disminuyendo el progreso de las mismas. En este sentido el embarazo temprano, alrededor de los 18 años, parece proporcionar un efecto protector para el cáncer mamario, pero cuando el primer embarazo se presenta después de los 35 años, la mujer pierde dicho efecto protector y adquiere el riesgo de la nulípara (McAllister, Horowitz y Gilden, op. cit.; Torres, 1992).

Por otro lado, los factores de riesgo relacionados con los estilos de vida, se ha considerado que además de su efecto promotor, también juegan un papel en el curso del padecimiento, agravando la condición del paciente.

2. 1. 2. Los Procesos Psicológicos en el Cáncer de Mama

De acuerdo con Levy y Wise (1988), el cáncer de mama se ha considerado como una enfermedad paradigmática, en tanto: a) Su desarrollo en fases intermedias es impredecible y, b) existe un amplio y variado rango de reacciones entre individuos con tratamientos y características biológicas

similares. Estas características probablemente puedan explicarse a través del estudio de variables psicológicas y sociales.

Con el propósito de señalar las diversas aportaciones derivadas del estudio del cáncer de mama, pueden considerarse los factores psicológicos relacionados con este padecimiento en dos grandes momentos: (a) Antes de la presencia del padecimiento y (b) durante el proceso mórbido.

Respecto de los factores asociados al origen del trastorno, la literatura señala que ciertos estados emocionales como la depresión, pueden ser precursores del cáncer en general y, del cáncer de mama en forma específica (Shekelle, Raynor, Ostfeld, Garron, Bieliauskas, Liu, Maliza y Oglesby, 1981). Así mismo, se han considerado como aspectos relacionados con la etiología, el aislamiento social, el contenimiento emocional, el soporte social (Stolbach y Brandt, 1988), y el estrés (Hu Da-Shih y Silberfarb, 1988). No obstante, en tanto la descripción de estos factores trasciende los objetivos del presente documento, sólo se abordarán los aspectos psicológicos que forman parte del estado mórbido ya manifiesto.

Con respecto al curso de la enfermedad y, para contextualizar los estudios de lo psicológico en relación a ese estadio, se retoma el modelo de Lazarus y Folkman (1986), para describir bajo su lógica el proceso psicológico y sus resultados, tomando como elemento inicial la presencia de un trastorno oncológico, en este caso, el cáncer de mama.

Este padecimiento puede ser valorado como estresante, en tanto implica pérdida y amenaza. El padecer cáncer mamario probablemente no sea un evento estresante generalizado, sin embargo de acuerdo con Scherman (1990), el cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto psicológico. Ante el diagnóstico de la enfermedad subyace la leyenda de incurabilidad y muerte. En este sentido las consecuencias proyectadas,

girarán en torno a la posible mutilación, la presencia del dolor, los efectos secundarios de la terapia médica, el gasto en recursos económicos y temporales y, los cambios sustanciales en los ámbitos laboral, social e interpersonal.

Es probable que bajo esta percepción de la enfermedad, el individuo (en este caso la mujer), valore la situación como desbordante o inmanejable y, en este sentido, si las estrategias de afrontamiento son inefectivas para interactuar con la condición de enfermedad derive en estados emocionales como la ansiedad y la depresión.

2. 2. Factores Psicológicos Asociados al Curso del Cáncer de Mama

Partiendo pues de la idea de que el cáncer de mama es un evento generador de estrés, se describirán a continuación algunos estudios relevantes al afrontamiento y a los estados emocionales de ansiedad y depresión, en relación a otras variables, tales como diferentes momentos del proceso terapéutico, tipos de tratamiento, percepción de la amenaza, entre otras.

2. 2. 1. Afrontamiento, Ansiedad y Depresión

Las investigaciones sobre afrontamiento en poblaciones de individuos con cáncer, parten implícita o explícitamente de que los elementos que constituyen el proceso mórbido son generadores de estrés. Durante dicho proceso, que en realidad inicia con la sospecha del padecimiento, el sujeto se enfrenta a las pruebas diagnósticas como la mamografía y las biopsias, a la situación de diagnóstico confirmatorio, a las terapias que en ocasiones resultan más aversivas que el trastorno, a la reconstrucción y rehabilitación física en los casos de mutilación (este elemento no es frecuente en poblaciones mexicanas sobre todo en mujeres de escasos recursos) y finalmente después de este proceso, el individuo se enfrenta a la tarea de reorganizar su vida diaria en los ámbitos social, laboral, interpersonal,

sexual, familiar, etc. En este sentido la literatura sobre afrontamiento y cáncer es variada, en tanto que busca establecer relaciones entre afrontamiento y los diferentes momentos del curso del padecimiento, por ejemplo, Stanton y Snider (1993), en un estudio con 152 pacientes evaluadas bajo condiciones de pre-postbiopsia y después de la cirugía, encontraron que el tipo de afrontamiento evitación cognoscitiva, se identificaba en aquellas sujetos con mayor estrés antes del diagnóstico y que reportaron menos optimismo y más sentimientos de amenaza; a diferencia de las mujeres que reportaron mayor optimismo y vigor, en quienes se identificó la estrategia de enfoque en lo positivo. En este caso, la valoración del grado de amenaza del evento y el optimismo como característica individual de las sujetos, explicó el 54% de la varianza en la evaluación prebiopsia y se identificaron como predictores del afrontamiento de evitación cognoscitiva para las fases posteriores a la biopsia y a la cirugía. En esta misma línea y con respecto a las características individuales, Friedman, Nelson, Baer, Lane, Smith, y Dworkin (1992) encontraron a través de un análisis de regresión múltiple por jerarquías, que el optimismo como característica individual era un buen predictor de las estrategias de afrontamiento, en donde dicha característica individual, se relacionaba negativamente con el afrontamiento de evitación, y positivamente con el afrontamiento activo-conductual.

Schetter, Feinstein, Taylor y Falke (1992), siguiendo el modelo de Lazarus y Folkman al evaluar a 668 pacientes con diferentes cánceres, de los cuales el 42% correspondía a cáncer de mama, identificaron cinco patrones de afrontamiento, a saber: búsqueda de apoyo social, enfoque en lo positivo, distanciamiento, evitación-escape cognoscitivo y evitación-escape conductual. Señalan los autores, que los sujetos presentaron estrategias múltiples de afrontamiento hacia los aspectos estresantes del

cáncer, aunque puede decirse que el distanciamiento fue la estrategia de afrontamiento más común.

En un estudio con pacientes de cáncer en cuello, se identificaron dos estrategias de afrontamiento: una primera estrategia delimitada como de alta aproximación y baja evitación, en donde los sujetos reportaron invertir demasiado tiempo en pensamientos sobre el padecimiento y el impacto de éste en diferentes aspectos de su vida, como la familia, el trabajo y los futuros tratamientos. Se observó también que estos individuos buscaban soporte social con el fin de obtener información sobre el problema y apoyo emocional. Un segundo tipo de afrontamiento definido como bajo en aproximación y alto en evitación, se identificó en sujetos que reportaron no pensar en el padecimiento y centraban sus esperanzas en los médicos y en el tratamiento; estos pacientes se inclinaban a dejar a un lado sus emociones y a trivializar negando la gravedad de su condición. (Gerdenio, Roth, Keefe y Brantley, 1987).

Por otro lado, los estados emocionales han sido estudiados en relación a los conceptos de amenaza y pérdida. En este caso, la amenaza ha sido relacionada con el diagnóstico, en donde por lo general la paciente se percata de la reducción de su esperanza de vida. Por otro lado, la pérdida se ha asociado al proceso terapéutico cuando la paciente se somete a un tratamiento radical en el que es amputada una o ambas mamas. Finaly-Jones y Brown (1981), señalan que ante la presencia de amenaza evocada por el diagnóstico de cáncer, las pacientes desarrollaban estados ansiosos, mientras que ante la pérdida que se relacionaba con la mastectomía, las pacientes generaban estados depresivos. En otro estudio similar, Deadman, Dewey, Owens, Leinster y Slade (1989), encontraron que las pacientes mastectomizadas presentaban mayores niveles de depresión un año después de la cirugía, en relación con las mujeres que habían elegido sólo

la extirpación del tumor. Observaron también estados de ansiedad en las pacientes que reportaban una gran preocupación por su apariencia, aunque ésta era menor cuando la paciente tenía la posibilidad de elegir el tratamiento. Los niveles de ansiedad más elevados se presentaron en estas pacientes en las fases pre y post-quirúrgicas.

En esta misma dirección Steimberg, Juliano y Wise (1985), encontraron en mujeres mastectomizadas evaluadas a través del Inventario de Depresión de Beck, altos puntajes en los reactivos relacionados con pérdida del apetito y sentimientos de pesimismo, a diferencia de las mujeres que eran tratadas conservadoramente.

Las relaciones entre cáncer de mama, estados emocionales y afrontamiento, resultan ser de suma importancia no sólo para establecer tipificaciones conductuales, sino como elementos que permiten predecir el nivel de ajuste psicológico durante y después del proceso mórbido. Este tipo de relaciones han sido investigadas en sujetos de culturas diferentes a la cultura mexicana, a la fecha se desconocen los efectos emocionales y las estrategias de afrontamiento que pudieran caracterizar a las mujeres mexicanas que padecen de cáncer mamario.

Presumiblemente, las mujeres mexicanas perciban la enfermedad en general y el cáncer de mama en particular como un evento estresante al igual que ocurre con pacientes norteamericanas o europeas, sin embargo, hay que puntualizar que el proceso de valoración de los eventos y los posibles resultados, se contextualizan en una dimensión más amplia; la dimensión sociocultural. Dicha dimensión modela la percepción de los eventos, en tanto prescribe "cómo son las cosas" y probablemente este "lente perceptual" regule la ejecución del individuo y su concomitante emocional ante la salud o la enfermedad.

En relación a dicha dimensión sociocultural Díaz-Guerrero (1994), ha

caracterizado al mexicano a través del estudio de lo que denomina premisas socio-culturales. Para este investigador, tales premisas son una convención lingüística que se constituye por afirmaciones relativas a valores, creencias, pensamientos y acciones que revelan la visión o perspectiva de los individuos acerca de los diversos aspectos de la vida. Siguiendo al autor, dentro del tipo de premisas socio-culturales, se encuentran las de confrontación, mismas que refieren las formas a través de las cuales el individuo interactúa con el ambiente. Estos estilos de confrontación se ubican en un continuo en donde un extremo se delimita por la confrontación activa y el otro extremo por la confrontación pasiva.

El extremo activo incluye conductas y cogniciones orientadas a resolver los problemas de la vida modificando el ambiente; mientras que el extremo pasivo presupone que los problemas que plantea el medio pueden ser confrontados generando cambios en uno mismo que permitan adaptarse a las circunstancias. Esta taxonomía de los estilos de confrontación la cual es producto de numerosos estudios con sujetos de nuestra cultura y de estudios comparativos entre culturas, resulta de utilidad en tanto que permitiría identificar los estilos de confrontación ante problemas de salud y probablemente estas dimensiones guarden a su vez algún tipo de relación con las estrategias de afrontamiento que despliegan las mujeres con cáncer de mama.

Bajo este orden de ideas, se plantean como objetivos del presente estudio los siguientes:

a) Realizar un análisis psicométrico de los instrumentos para evaluar depresión y ansiedad, en una muestra poblacional de pacientes ambulatorias de sexo femenino sin diagnóstico de cáncer.

b) Evaluar los factores de riesgo, biológicos y conductuales, asociados a cáncer de mama en pacientes con diagnóstico positivo y en

mujeres sin diagnóstico de cáncer.

c) Evaluar las características psicológicas de sujetos con diagnóstico de cáncer mamario y sus respectivos controles, a través de los indicadores de ansiedad-rasgo, ansiedad-estado, depresión, afrontamiento y estilo de confrontación.

d) Identificar posibles diferencias con respecto a factores de riesgo biológicos y conductuales, entre sujetos con diagnóstico de cáncer y sujetos sin diagnóstico de cáncer.

e) Identificar las relaciones entre variables psicológicas que permitan caracterizar a la población con diagnóstico de cáncer y analizar las similitudes y diferencias respecto del grupo de sujetos sin diagnóstico de cáncer.



3. METODO PARA EL ANALISIS PSICOMETRICO DE LAS VARIABLES DE MEDICION

Los aspectos psicológicos considerados en el presente estudio fueron: Estrategias de afrontamiento, estilos de confrontación, depresión, ansiedad y factores de riesgo para cáncer de mama. Para la evaluación de dichos aspectos se seleccionaron los siguientes instrumentos: la Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckham y Adams, la Escala de Filosofía de Vida de Díaz-Guerrero, el Inventario de Depresión de Beck y Steer, en su versión revisada y distribuida por el Centro para Terapia Cognoscitiva de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pennsylvania desde 1972, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger y, una entrevista estructurada elaborada exprofeso para evaluar aspectos sociodemográficos y factores de riesgo para cáncer de mama y cérvico-uterino.

En el presente documento se describirá la metodología utilizada para el análisis de las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck y Steer y del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger. El análisis psicométrico de la Escala de Estrategias de Afrontamiento y de la Escala Filosofía de Vida, se describe detalladamente en otro documento (Montiel, 1996).

Se incluye también la descripción de la entrevista estructurada, la cual contempla reactivos relacionados con aspectos sociodemográficos y, para el caso del presente estudio, se consideran sólo los factores de riesgo asociados a cáncer de mama.

3. 1. Propiedades Psicométricas

En este apartado se describen las características psicométricas de los instrumentos que evalúan afrontamiento, confrontación, depresión y ansiedad.

3. 1. 1. Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckham y Adams

La Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckham y Adams, es un inventario de autoreporte que contiene en su versión original 142 reactivos de opción dicotómica, los cuales evalúan una variedad de respuestas de afrontamiento que incluyen conductas y pensamientos típicamente juzgados como intentos de afrontamiento por profesionales de la salud mental. Estos reactivos fueron seleccionados de una variedad de áreas que incluyen estudios sobre afrontamiento en relación a la depresión, los impedimentos físicos, la muerte y el desconsuelo. Las escalas que incluye el instrumento original son: culpa, expresión emocional, contenimiento emocional, búsqueda de apoyo social, afrontamiento religioso, reestructuración cognoscitiva, actividad general, evitación-rechazo, solución de problemas y pasividad (Beckham y Adams, 1984).

Siguiendo a los autores, dicho instrumento fue validado en pacientes psiquiátricos con diagnóstico de depresión (no psicótica), como el problema principal y, sugieren que puede utilizarse en investigaciones que pretendan establecer respuestas de afrontamiento a la depresión.

El análisis psicométrico de este inventario en población mexicana, se llevó a cabo en una muestra de pacientes de consulta externa de instituciones de salud pública en la ciudad de Hermosillo, Sonora (Montiel, 1996), resultando una versión de 79 reactivos agrupados en tres subescalas: Afrontamiento activo de autogestión, afrontamiento pasivo y afrontamiento de búsqueda de apoyo. Los índices alpha para consistencia interna en dichas subescalas fueron de .83, .80 y .81 respectivamente.

3. 1. 2. Escala de Filosofía de Vida de Díaz-Guerrero

Se decidió aplicar este instrumento, en tanto que evalúa la forma de confrontación de sujetos mexicanos ante los problemas cotidianos y, probablemente guarde algún tipo de relación con las estrategias de

afrontamiento.

La prueba de Filosofía de Vida de Díaz-Guerrero tiene como objetivo central, evaluar el estilo de confrontación frente a los problemas que plantea el ecosistema, dados dos estilos posibles: activo y pasivo. El instrumento consta de 28 reactivos, cada uno de los cuales ofrece dos opciones de respuesta. Estos reactivos se agrupan en 4 factores o dimensiones: autoafirmación activa versus obediencia afiliativa; control interno activo versus control externo pasivo; audacia versus cautela; autonomía versus interdependencia.

El instrumento se ha utilizado en diversos estudios transculturales comparando mujeres, adolescentes y niños de dos culturas hispanohablantes. Los resultados obtenidos a través de la aplicación 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 (Díaz-Guerrero e Iscoe, 1984).

Respecto de este instrumento, se realizó un estudio sobre sus propiedades psicométricas en pacientes ambulatorias que asistían a servicios de salud pública en la Ciudad de Hermosillo, Sonora, encontrando los siguientes índices de consistencia interna: Para la subescala autoafirmación activa el valor alpha fue de .61; para la subescala control interno activo el valor alpha fue de .48; para la subescala audacia el valor alpha fue de .38 y para la subescala autonomía el valor alpha fue de .15 (Montiel, 1996).

3. 1. 3. Inventario de Depresión de Beck y Steer

El Inventario de Depresión de Beck y Steer (IDB), es un instrumento diseñado para evaluar la severidad de la depresión en adolescentes y adultos. Durante los últimos 26 años, este instrumento ha sido utilizado en

más de 1500 investigaciones con poblaciones psiquiátricas y para detectar depresión en poblaciones normales (Beck y Steer, 1993; Hersen y Bellack, 1988).

El IDB está basado en observaciones clínicas y en la descripción de síntomas frecuentemente identificados en pacientes psiquiátricos depresivos en contraste con pacientes no depresivos. El inventario está compuesto por 21 reactivos que incluyen los siguientes síntomas y actitudes: tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, falta de satisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, auto-disgusto, auto-acusaciones, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, cambio de la imagen corporal, dificultades en el trabajo, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida del deseo sexual.

Las opciones de respuesta se califican en una escala de cuatro puntos que van de 0 a 3, en donde el orden creciente en el valor de respuesta indica mayor presencia del síntoma evaluado (Beck y Steer, 1993).

Los reactivos sólo evalúan la intensidad de la depresión y no reflejan una teoría en particular. El instrumento es apropiado para mayores de 13 años de edad y con al menos 6 años de educación.

De acuerdo con Beck y Steer (op.cit.), Se han realizado un gran número de estudios sobre las características psicométricas del IDB, tanto con muestras de pacientes psiquiátricos como con adultos en poblaciones normales.

Con respecto a la consistencia interna, los coeficientes alpha medios tanto para pacientes psiquiátricos como para poblaciones normales han sido de .87 (Hersen y Bellack, 1988).

Beck, Steer y Garbin (1988), realizaron un meta análisis para determinar la validez concurrente, encontrando una correlación media entre

puntajes clínicos y el IDB para sujetos psiquiátricos de .72, y una correlación media de .60 para sujetos no psiquiátricos. Se han encontrado también altos índices de correlación con otros instrumentos, tales como la Escala de Depresión de Hamilton, la Escala de Depresión de Zung, y la Escala de Depresión del MMPI.

Para la validez de contenido Moran y Lambert, citados por Beck y Steer (1993), compararon el contenido del IDB con los criterios del apartado de desórdenes afectivos del DSMIII, encontrando que el IDB refleja 6 de los 9 criterios de dicho manual.

Sobre la validez discriminante, este inventario permite realizar diferenciaciones entre pacientes psiquiátricos y normales. Es posible discriminar entre distimias y desórdenes de depresión mayor así como entre desórdenes de ansiedad generalizada y depresión mayor (Beck y Steer, 1993).

Por otro lado, se ha demostrado validez de constructo con conceptos como el de desamparo, suicidio y pensamientos disfuncionales, los cuales se relacionan teóricamente con el concepto de depresión.

3. 1. 4. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger y Díaz - Guerrero

De acuerdo con Spielberger y Díaz-Guerrero (1975), la ansiedad puede entenderse como un rasgo o como un estado. La ansiedad-rasgo "se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, se define ésta como una tendencia a responder ante situaciones percibidas como amenazantes" (pag.1). Por otro lado la ansiedad puede entenderse como un estado emocional transitorio que se caracteriza por respuestas autonómicas y experiencias subjetivas de malestar.

A partir de esta definición, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

(IDARE), fue originalmente desarrollado para evaluar ansiedad en sujetos adultos normales y se ha demostrado su utilidad en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos, en donde se han obtenido datos altamente confiables y válidos (Spielberger, 1988). La primera versión validada en español contempla dos dimensiones, una que evalúa la ansiedad como tendencia generalizada y estable (ansiedad-rasgo), y otra (ansiedad-estado), como una condición transitoria (Spielberger, González-Reigosa, Martínez-Urrutia, Natalicio y Natalicio, 1971)

El inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, contiene para la dimensión o subescala de rasgo, 20 afirmaciones en las que se solicita al individuo que evalúe como se siente generalmente; y para la dimensión o subescala de estado se incluyen 20 afirmaciones en las que el individuo responde cómo se siente en un momento particular (por ejemplo en el de la evaluación).

Las opciones de respuesta se presentan en una escala Likert que contiene cuatro valores (1a4). Para el caso de la subescala ansiedad-rasgo los valores significan: 1=casi nunca, 2=algunas veces, 3=frecuentemente y 4=casi siempre. Para la subescala ansiedad-estado los valores significan: 1=no en lo absoluto, 2=un poco, 3=bastante y 4=mucho.

La subescala de ansiedad-estado está balanceada para evitar respuestas indiscriminadas, de este modo se encuentran 10 reactivos con calificación directa y 10 reactivos con calificación invertida. La subescala ansiedad-rasgo cuenta con 7 reactivos invertidos y 13 con calificación directa.

Respecto de las propiedades psicométricas del inventario, los coeficientes de confiabilidad para la subescala ansiedad-rasgo, variaron de .73 a .82 al evaluarse en una población de estudiantes universitarios. Para la subescala ansiedad-estado se calcularon los coeficientes alpha con la fórmula K-R 20 utilizando las muestras normativas, obteniendo índices que

variaron de .83 a .92.

Los índices de correlación para la validez concurrente de la subescala ansiedad-rasgo variaron de .73 a .85 cuando se correlacionó con la Escala de Ansiedad de Cattell, la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Lista de Adjetivos Afectivos de Zuckerman (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

3. 1. 5 Entrevista Estructurada

La entrevista estructurada incluyó reactivos relacionados con factores de riesgo para cáncer cérvicouterino y cáncer de mama y, características sociodemográficas como edad, escolaridad, estado civil y lugar de procedencia. Este instrumento se elaboró inicialmente considerando los factores de riesgo que la literatura especializada reporta. Posteriormente se realizó la validación a través de expertos, proceso en el que participaron oncólogos y ginecólogos; resultando después del piloteo una versión final de 37 reactivos. En el presente estudio sólo se utilizaron los reactivos relacionados con riesgo a cáncer de mama, en los cuales se evaluaron los siguientes elementos:

Edad de la menarca

Edad del primer embarazo

Tipo y frecuencia de método anticonceptivo

Edad de inicio de la menopausia

Tratamientos hormonales

Nódulos previos en mama

Antecedentes familiares de cáncer de mama

Antecedentes personales de cáncer

Tabaquismo

Para la evaluación de factores de riesgo se otorgó un valor de cero para la ausencia de la variable y, el valor de uno para su presencia.

La evaluación del nivel socioeconómico se realizó a partir de una concepción de nivel de bienestar, cuyas variables han sido determinadas por estudios de corte psicosocial realizados en la región (Vera, 1995). Este instrumento evalúa diez variables distribuidas en tres dimensiones (Tabla 1), las cuales permiten establecer diferentes niveles socioeconómicos para poblaciones que se constituyen por individuos asalariados y en el caso del presente estudio, la población evaluada fueron sujetos con acceso a servicios públicos de salud.

Para cada una de las variables se realizó una codificación con base en el nivel de bienestar que proporciona cada una de las condiciones evaluadas.

Para el caso de la dimensión infraestructura de la vivienda, al codificar lo correspondiente a materiales en pared, techo y piso se tomó en consideración el tipo de materiales que predominan en la región, donde se

Tabla 1.- Dimensiones y variables consideradas en la evaluación del nivel socioeconómico

Dimensiones	Variables que se evalúan
Infraestructura de la vivienda	Materiales de pared, techo y piso, drenaje, sanitario y número de cuartos.
Enseres	Lavadora y licuadora funcionando.
Infraestructura familiar	Número de hijos y escolaridad en años cursados.

asignó un puntaje mayor al material que proporciona mayor bienestar y uno menor a cada uno de los subsecuentes. Para la variable número de cuartos se asignaron dos niveles, donde a mayor número de cuartos mayor bienestar.

Para las variables comprendidas en la dimensión enseres, se asignó un puntaje menor a la ausencia y uno mayor a la presencia del enser.

En el caso de infraestructura familiar, se definieron para la variable número de hijos tres niveles de bienestar donde a mayor número de hijos menor bienestar y a menor número de hijos mayor bienestar. Para la variable escolaridad en años cursados se definieron dos niveles donde a mayor número de años mayor bienestar. 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. El rango definido como nivel bajo comprendió de 5 a 9 puntos, el nivel medio se definió por el rango de 10 a 14 puntos y el nivel alto de 15 a 19 puntos.

3. 2. Sujetos

Para el análisis de las propiedades psicométricas de los inventarios de depresión y ansiedad, se seleccionó a través de muestreo no probabilístico, una muestra de 150 mujeres que asistían a consulta externa en instituciones de salud pública de la Ciudad de Hermosillo, Sonora (Hospital General del Estado, Agrupación George Papanicolaou e Instituto Mexicano del Seguro Social), cuyas edades fluctuaron entre los 20 y 70 años, con una media de 36.

Dada la corta extensión de los instrumentos, ambos fueron aplicados a las mismas sujetos participantes.

3. 3. Procedimiento

3. 3. 1. Entrenamiento a Entrevistadoras

La aplicación de los instrumentos se realizó por un grupo de estudiantes del Area Clínica de la Carrera de Psicología de la Universidad de Sonora, quienes fueron entrenadas para tal efecto. Dicho entrenamiento se constituyó por los elementos siguientes:

- a) Explicación amplia respecto de los objetivos y procedimientos del estudio.
- b) Descripción y ensayo de las habilidades lingüísticas que permitieran establecer contacto con las sujetos.
- c) Descripción y análisis sobre los objetivos y contenido de cada uno de los instrumentos.
- d) Aplicación de los instrumentos bajo supervisión

3. 3. 2. Herramientas Estadísticas

El procedimiento que permitió conocer las propiedades psicométricas de los instrumentos, incluyó un análisis de discriminación de reactivos a través de la t de student, en donde se compararon el 25% de los sujetos que obtuvieron los puntajes más altos, contra el 25% de los sujetos que obtuvieron los puntajes más bajos. A partir de este análisis se eliminaron aquellos reactivos que no presentaron variabilidad.

Para conocer la agrupación de los reactivos en factores, se corrió un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax. Este procedimiento permitió ubicar los reactivos de acuerdo a sus pesos en el número de factores que presentaron valores propios mayores que uno.

Posteriormente se realizó un análisis de correlación entre los factores encontrados, resultando de este procedimiento la agrupación final de los reactivos.

Finalmente se corrió un alpha de Cronbach, para determinar la consistencia interna en cada uno de los factores que configuraron las subescalas de los instrumentos.

4. RESULTADOS

4. 1. Análisis Psicométrico del IDB en Población Mexicana

Como se señaló anteriormente, se utilizó una *t* de Student para el análisis de discriminación en cada uno de los reactivos. Los valores *t* encontrados fueron de -3.06 a -8.40 con niveles de significancia de $p=.000$ a $p=.003$. Este análisis indicó un alto poder discriminativo para 20 de los reactivos. El reactivo que evalúa peso corporal no presentó varianza por lo que fue eliminado, quedando la escala integrada por un total de 20 reactivos.

Posteriormente en el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, los reactivos se agruparon en cinco factores, cuyos pesos y valores propios se muestran en la tabla 2. Dichos factores explican el 58.5% de la varianza.

Los factores uno, dos y cinco, agruparon reactivos relacionados con aspectos de tipo cognoscitivo y afectivo, mientras que los factores tres y cuatro se conformaron por reactivos relacionados con quejas de tipo somático y con aspectos de ejecución .

La versión original contempla dos subescalas, una cognoscitivo-afectiva y, otra denominada ejecución-somática. En virtud de esta distinción en las subescalas, se decidió correr un análisis de correlación, con el propósito de verificar si los cinco factores identificados se podían agrupar en las dos subescalas originales del instrumento.

Dicho análisis arrojó entre el factor uno y dos, un índice de correlación de $r=.4914$ ($p=.001$); y entre el factor uno y cinco el estadístico de correlación fue de $r=.3702$ ($p=.001$). Los factores tres y cuatro, presentaron una correlación de $r=.5091$ ($p=.001$). Este procedimiento permitió fusionar los factores uno, dos y cinco en un solo factor, el cual

Tabla 2.- Análisis Factorial de Reactivos para el Inventario de Depresión de Beck y Steer

Reactivo	Factor uno		Factor dos		Factor tres		Factor cuatro		Factor cinco	
	Peso	Reactivo	Peso	Reactivo	Peso	Reactivo	Peso	Reactivo	Peso	Reactivo
Tristeza	.6360	Disgusto	.4979	Indecisión	.4078	Apetito	.7882	Suicidio	.9103	
Pesimismo	.5895	Llanto	.4708	Trabajo	.7523	Líbido	.8019			
Fracaso	.5527	Irritabilidad	.7209	Sueño	.4573					
Insatisfacción	.7610	Imagen corporal	.6910	Fatiga	.7224					
Culpa	.7254			Quejas somáticas	.4545					
Acusación	.3294									
Aislamiento social	.5461									
Castigo	.5851									
Valor propio	5.356	Valor propio	1.752	Valor propio	1.306	Valor propio	1.077	Valor propio	1.032	
%Varianza acumulada	0.298	%Varianza acumulada	0.395	%Varianza acumulada	0.467	%Varianza acumulada	0.527	%Varianza acumulada	58.5	

incluye los reactivos relacionados con aspectos cognoscitivo-afectivos (tristeza, pesimismo, sentimientos de fracazo, insatisfacción, sentimientos de culpa, auto-castigo, auto-acusaciones, aislamiento social, auto-disgusto, llanto, irritabilidad, cambios en la imagen corporal e ideas suicidas). Respecto de los factores tres y cuatro, éstos se unieron en otro factor que agrupa los reactivos relacionados con ejecución y quejas somáticas (indecisión, dificultades en el trabajo, sueño, fatiga, preocupaciones somáticas, pérdida del apetito y pérdida del deseo sexual). En este sentido, las subescalas, con excepción del reactivo que evalúa peso, contienen los mismos reactivos del instrumento original.

Finalmente, con el propósito de conocer la consistencia interna del instrumento, se corrió un alpha de Cronbach para cada una de las subescalas. Los resultados mostraron para el caso de la subescala cognoscitivo-afectivo un alpha de .8174 y, para la subescala de aspectos somáticos y de ejecución un alpha de .7355.

4. 2. Análisis Psicométrico de la Escala de Ansiedad Rasgo-Estado en Población Mexicana

Para el análisis psicométrico de la Escala de Ansiedad, se corrió Inicialmente una t de Student para conocer el poder discriminativo de los reactivos. Los resultados de este procedimiento arrojaron para los reactivos que evalúan ansiedad como estado, valores t de -5.77 a -13.1, ($p=.001$); encontrando que el reactivo número 14 no presentó varianza, por lo que fue eliminado.

En el caso de los reactivos que evalúan ansiedad como rasgo, los valores t fueron de -.4.87 a -.10.89 ($p=.001$). En este caso también se eliminó el reactivo 14 dado que no se observó varianza.

En análisis factorial (de componentes principales con rotación varimax). se encontró una agrupación de reactivos en 5 factores (Tabla 3),

Tabla No. 3. Análisis factorial de reactivos para el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger

Factor uno		Factor dos		Factor tres		Factor cuatro		Factor cinco	
Reactivo	Peso	Reactivo	Peso	Reactivo	Peso	Reactivo	Peso	Reactivo	Peso
AE10	.7754	AE13	.7926	AR7	.7004	AR17	.6723	AR5	.5888
AE19	.7485	AE12	.7765	AR10	.6881	AR20	.6686	AR15	.5671
AE5	.7313	AE3	.7514	AR16	.6479	AR9	.6606	AR3	.5092
AE20	.7241	AE4	.6643	AR19	.6194	AR12	.6077	AR4	.4638
AE16	.7196	AE17	.6643	AR2	.6036	AR11	.5992		
AE15	.6844	AE7	.6608	AR13	.5865	AR8	.5902		
AE11	.6469	AE6	.6590	AR1	.5791	AR18	.5734		
AE1	.6164	AE18	.6536	AR6	.5193				
AE8	.5942	AE9	.6192						
AE2	.5580								
Eigenvalue	13.03	Eigenvalue	3.50	Eigenvalue	2.25	Eigenvalue	1.62	Eigenvalue	1.29
%Varianza acumulada	34.3%	%Varianza acumulada	43.3%	%Varianza acumulada	49.5%	%Varianza acumulada	53.7%	%Varianza acumulada	57.1%

los cuales explican el 57.1% de la varianza. Los factores uno y dos, agruparon reactivos relacionados con la evaluación de la ansiedad como estado, mientras que los factores tres, cuatro y cinco, agruparon reactivos que evalúan ansiedad como rasgo.

En virtud de que el inventario original se compone de dos subescalas, se decidió correr un análisis de correlación encontrando para los factores uno y dos un estadístico $r=.4804$ ($p=.001$), y para los factores tres, cuatro y cinco los índices de correlación fueron de $r=.4861$ ($p=.001$) y $r=.6297$ ($p=.001$). De esta manera, los reactivos se agruparon en dos factores, uno que contiene elementos que evalúan ansiedad como estado y otro que refiere reactivos relacionados con la ansiedad como rasgo. Con excepción del reactivo 14 de la subescala de ansiedad estado y el reactivo 14 de la subescala de ansiedad rasgo, la versión final es similar a la versión original del inventario.

Finalmente y con el propósito de conocer la consistencia interna de las subescalas, se corrió posteriormente una Alpha de Cronbach, observando para la subescala de ansiedad-estado un valor alpha de .9229 y para la subescala de ansiedad-rasgo un valor alpha de .8996.



5. METODO PARA LA COMPARACION DE DOS GRUPOS

5. 1. Sujetos

Se estudió una población de 60 sujetos de sexo femenino, 30 correspondientes al grupo estudio (ge) y 30 correspondientes al grupo control (gc). Las sujetos del grupo estudio fueron pacientes que aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria, con diagnóstico positivo de cáncer de mama, que asistían a terapia radioactiva en el Hospital General del Estado, y que al momento de la evaluación se encontraban entre la primera y segunda semana de tratamiento. La radioterapia se prescribe una sesión diaria por un período de 20 a 30 días.

Las sujetos del grupo control fueron pacientes de consulta externa, sin diagnóstico de cáncer y que por diversos problemas médicos asistían a consulta externa al Hospital General del Estado, o al Hospital Ignacio Chávez, ambos en la Ciudad de Hermosillo, Sonora.

El grupo control se conformó de acuerdo al apareamiento de las variables edad, años de escolaridad y estado civil. La elección de estas variables obedeció en el caso de la edad, al posible sesgo que representaría tener grupos con edades disímiles y, que como algunos investigadores documentan, podría afectar los datos, particularmente en relación a las estrategias de afrontamiento.

Los años de escolaridad es una variable que en el caso de los estudios en el campo de las Ciencias Sociales, es frecuentemente considerada como variable de sesgo; en el caso particular de los problemas de salud, ésta está relacionada con el manejo de información, el acceso a la información y probablemente con la percepción general sobre los estados mórbidos.

Finalmente, la variable sobre estado civil, en este caso no se consideró como un formalismo legal, sino que las sujetos fueron clasificadas

en función de la ausencia o presencia de pareja, para el primer caso se incluyeron mujeres viudas, solteras, separadas o divorciadas, en el segundo caso, las sujetos eran casadas, o estaban en unión libre. esta variable se consideró importante por su posible relación al apoyo social que proviene de fuentes naturales como la pareja.

Bajo estos criterios de equivalencia para los grupos, la edad de las sujetos comprendió de los 32 a los 70 años, con una media de 50.8. En términos de escolaridad el 51.7% de la población concluyó la primaria; el 16.6% cursó la secundaria o equivalente, y 31.7% restante cursó entre 10 y 17 años. El nivel socioeconómico predominante fue el nivel alto al que correspondió el 56.6% de las sujetos, el resto de la población se ubicó con un 33.3% en el nivel medio y 10% en el nivel bajo.

Finalmente el 75% de la sujetos tenían pareja al momento de la evaluación, el estado civil en este caso corresponde a mujeres casadas o mujeres en unión libre. El 25% restante de las sujetos no contaban con pareja, el estatus para estos casos fue de soltera, divorciada, separada o viuda.

5. 2. Diseño

El presente estudio es de orden descriptivo observacional de corte transversal con una sola medición donde se compararon dos grupos, uno con diagnóstico positivo a cáncer y otro sin diagnóstico de cáncer.

5. 3. Procedimiento

Una vez que el personal médico proporcionó el listado de pacientes con cáncer de mama que acudían a radioterapia en el Hospital General del Estado, se procedió a solicitar el consentimiento de las pacientes para su participación en el estudio. Se describió de manera detallada a las sujetos el objetivo del estudio, se explicó la importancia de su participación y se subrayó la confidencialidad de la información que ellas proporcionarían. Una

vez obtenido el consentimiento de las pacientes se procedió a la aplicación de los diferentes inventarios en el siguiente orden: Entrevista estructurada sobre factores de riesgo, Inventario de Estrategias de Afrontamiento, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, Inventario de Depresión y finalmente Inventario sobre Filosofía de Vida.

El levantamiento de datos en esta parte del estudio, fue realizada por las mismas estudiantes que participaron en el levantamiento de datos para el análisis psicométrico de los instrumentos de evaluación. En este caso aún cuando contaban con entrenamiento para la aplicación de los instrumentos, la entrevista a las primeras pacientes fue desarrollada por las entrenadoras, haciendo que las estudiantes fueran participando gradualmente hasta que éstas realizaban la aplicación total de los instrumentos.

La duración aproximada de la entrevista fue de una hora y, generalmente se requirió de una sola sesión para concluir la totalidad de respuestas a los diferentes instrumentos.

5. 4. Análisis de Datos

De acuerdo con los objetivos planteados para el presente estudio, en primer término se utilizó un procedimiento de estadística descriptiva que permitiera identificar la presencia de factores de riesgo asociados a cáncer de mama. En este caso el estadístico seleccionado fue la Moda (M_o).

Para identificar las similitudes y diferencias entre las sujetos del grupo estudio y las sujetos del grupo control en relación a las variables relacionadas con ansiedad, depresión afrontamiento y confrontación, se utilizó una t de Student. Finalmente, para la identificación de las posibles relaciones entre las variables evaluadas, se utilizó un análisis de correlación a partir de la r de Pearson.

6. RESULTADOS

6. 1. Factores de riesgo

Para el análisis de los factores de riesgo evaluados, se utilizó la moda como medida descriptiva y, para los casos en que este estadístico fue diferente, se corrió una Chi cuadrada para determinar si las diferencias entre los grupos de estudio y control eran significativas.

Los resultados no arrojaron diferencias significativas entre los grupos control y estudio para las siguientes variables: a) edad de la primera menstruación, es decir en ambos grupos las sujetos presentaron su primera menstruación después de los doce años. b) Sobre la edad de la primera gesta, las sujetos presentaron su primer embarazo a término antes de los 30 años. c) En el caso de las mujeres en edad menopáusica, sólo un caso en el grupo control inició este proceso después de los 45 años. d) Respecto del tabaquismo, sólo un caso del grupo estudio y tres casos del grupo control reportaron consumir cigarrillos. e) Cuatro casos en el grupo estudio y cinco casos en el grupo control reportaron haber padecido de nódulos benignos. f) En relación a tratamientos hormonales dos sujetos del grupo estudio y cuatro sujetos del grupo control, reportaron haber recibido tratamientos hormonales compensatorios durante su proceso menopáusico. g) En relación a los antecedentes de cáncer de mama en familia directa, dos sujetos del grupo estudio y tres del grupo control, reportaron la presencia de esta variable y, h) finalmente en relación a los antecedentes personales de cáncer no se encontró la presencia de esta variable en ambos grupos.

El uso de métodos anticonceptivos para el grupo control fue en su mayoría no hormonal y, para el grupo de estudio el método utilizado con mayor frecuencia fue hormonal, sin embargo, al correr Chi cuadrada se obtuvo un valor de .41 por lo que no existe diferencia significativa entre los grupos (los estadísticos se muestran en la tabla 4).

Tabla 4.- Resultados sobre factores de riesgo para sujetos con cáncer de mama y sujetos control*

Factores de riesgo	Grupo Estudio	Grupo Control
Edad menarca	Mo = 0	Mo = 0
Edad de la primera gesta	Mo = 0	Mo = 0
Edad inicio menopausia	Mo = 0	Mo = 0
Método anticonceptivo	Mo = 1	Mo = 0
Tabaquismo	Mo = 0	Mo = 0
Nódulos previos	Mo = 0	Mo = 0
Tratamientos hormonales	Mo = 0	Mo = 0
Antecedentes personales de cáncer	Mo = 0	Mo = 0
Antecedentes familiares de cáncer mamario	Mo = 0	Mo = 0

*El estadístico para este análisis fue la Moda (Mo).

6. 2. Variables psicológicas

6. 2. 1. Prueba *t* de Student para diferencia de medias

Para el análisis de comparación de grupos, se utilizó la prueba *t* de Student, la cual estima la varianza representada por el estadístico *F* y su probabilidad asociada y, además proporciona también la estimación de la diferencia de medias, representada por el estadístico *t* y su probabilidad asociada.

En la tabla 5, aparecen los datos tanto de los estadísticos *F*, como de

Tabla 5 - Prueba t de Student para diferencias de medias y variabilidad de cada una de las subescalas en los grupo control y estudio

VARIABLE O SUBESCALA	MEDIA	Ds	VALOR t	2-TAIL PROB	g.i.	VALOR F	2-TAIL PROB
Ansiedad estado	gc=37.5 ge=36.5	gc=6.786 ge=9.365	0.47	.638	52.87	1.90	0.088
Ansiedad rasgo	gc=39.1 ge=39.0	gc=9.269 ge=9.653	0.05	.957	58	1.08	0.829
Componente emocional de depresión	gc=6.0 ge=7.2	gc=5.777 ge=9.045	-0.61	.543	49.29	2.45	0.019
Componente somático de depresión	gc=4.8 ge=4.5	gc=3.333 ge=4.200	0.34	.735	58	1.59	0.219
Afrontamiento activo	gc=16.0 ge=15.9	gc=5.136 ge=4.247	0.05	.956	58	1.46	0.311
Afrontamiento pasivo	gc=14.8 ge=14.3	gc=5.639 ge=4.663	0.37	.710	58	1.46	0.312
Afrontamiento de búsqueda de apoyo	gc=11.6 ge=12.5	gc=5.123 ge=4.006	-0.79	.435	58	1.64	0.191
Autoafirmación activa	gc=2.9 ge=3.3	gc=1.863 ge=2.249	-0.71	.420	58	1.46	0.317
Control interno activo	gc=6.0 ge=5.9	gc=1.938 ge=1.413	0.23	.820	53.03	1.88	0.094
Audacia	gc=1.1 ge=1.5	gc=1.085 ge=1.251	-1.32	.191	58	1.33	0.45
Autonomía	gc=2.4 ge=2.1	gc=0.819 ge=0.592	1.63	.110	52.8	1.91	0.086

los estadísticos t , y sus probabilidades asociadas. El análisis implicó la comparación de dos grupos para cada una de las variables evaluadas.

No se observaron diferencias significativas entre las medias de los grupos control y estudio para las variables de ansiedad-rasgo, depresión somática, afrontamiento activo de autogestión, afrontamiento pasivo y afrontamiento de búsqueda de apoyo, ni en los estilos de confrontación como autoafirmación activa y audacia. También se comprueba el supuesto de homocedasticidad, es decir la varianza para los dos grupos en las subescalas mencionadas es igual.

La variable relacionada con ansiedad estado, arrojó en el grupo control una media de $X=37.5$ y para el grupo estudio una media de $X=36.5$; la prueba t para diferencia de medias tuvo un estadístico $t=.47$ ($p>.6$), mostrando que no hay diferencias significativas en las medias de los dos grupos; sin embargo sí se observó diferencia marginalmente significativa de las varianzas en los dos grupos ($F=1.9$, $p=.08$).

En relación con la variable sobre depresión emocional, se obtuvo para los grupos control y estudio una media de $X=6.0$ y $X=7.2$ respectivamente; para la prueba de diferencia de medias se obtuvo un valor $t=-.61$ ($p>.5$), mostrando que no hay diferencias significativas en las medias de los dos grupos. En la prueba se tomó en cuenta la diferencia significativa de las varianzas en los dos grupos ($F=2.45$, $p=.01$).

En la variable control interno activo, se observó para los grupos control y estudio una media de $X=6.0$ y $X=5.9$ respectivamente; para la diferencia de medias se obtuvo un valor $t=.23$ ($p>.8$), mostrando que no hay diferencias significativas en las medias de los dos grupos. Sin embargo, sí se observó diferencia marginalmente significativa de las varianzas en los dos grupos ($F=1.88$, $p=.09$).

Para el caso de la variable sobre autonomía, se obtuvieron los valores medios $X=.81$ para el grupo control y $X=.59$ para el grupo estudio. El estadístico para diferencia de medias reveló una diferencia marginalmente significativa ($t=1.63$, $p>.1$), Se observó también una diferencia marginalmente significativa de las varianzas en los dos grupos ($F=1.88$, $p=.09$).

6. 2. 2 r de Pearson para la correlación de variables en el grupo estudio

para el cálculo de la correlación con r de pearson se realizó una transformación de los puntajes obtenidos para cada variable evaluada a puntuaciones Z, con la finalidad de hacer comparables todos los datos. Los resultados de las correlaciones entre las variables evaluadas en pacientes del grupo de estudio, se presentan en la tabla 6 y en la figura 2.

Se encontró una correlación entre las variables de ansiedad como rasgo y la ansiedad como estado ($r=.5951$, $p\leq.001$), esto sugiere que las pacientes que reportan sentirse generalmente ansiosas, reaccionan también con ansiedad ante situaciones transitorias; estas pacientes que presentan rasgos de ansiedad también presentan depresión con componentes emocionales ($r=.8080$, $p\leq.001$), y depresión con componentes somáticos ($r=.5699$, $p\leq.001$).

Se observaron también pacientes que manifiestan componentes tanto de depresión emocional como de depresión somática ($r=.6145$, $p\leq.001$). En este tipo de pacientes parecen co-existir las dos dimensiones del estado depresivo.

Se observó una correlación de $r=.4406$, $p\leq.01$ en pacientes con reacciones de ansiedad ante circunstancias transitorias (ansiedad estado), y estados emocionales depresivos con características somáticas. A su vez

Tabla 6.-Índices de correlación entre variables para el grupo estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 rasgo	1.0000	.5951**	.8080**	.5699**	-.1657	.6052**	-.0990	-.0524	.0379	.1000	.0302
2 estado		1.0000	.4062+	.4406*	.0091	.5385*	.1576	-.1965	.1564	.1810	-.1586
3 emocion			1.0000	.6145**	-.2745	.5551**	-.0442	-.3051	-.0772	-.0043	-.0129
4 somatico				1.0000	-.0184	.2993	-.1404	-.0876	.1221	-.0558	.0624
5 autoacti					1.0000	.0894	.4735*	.3767+	.4365*	.2893	-.2994
6 pasivo						1.0000	.2295	-.3233	-.0855	-.0335	-.1457
7 otroacti							1.0000	.0051	-.1089	.2572	-.4919
8 autoafac								1.0000	.3654+	.3964+	-.1985
9 conintac									1.0000	.4515*	.0550
10 audacia										1.0000	-.1319
11 autonomi											1.0000

** p=.001

* p=.01

+ p=.05

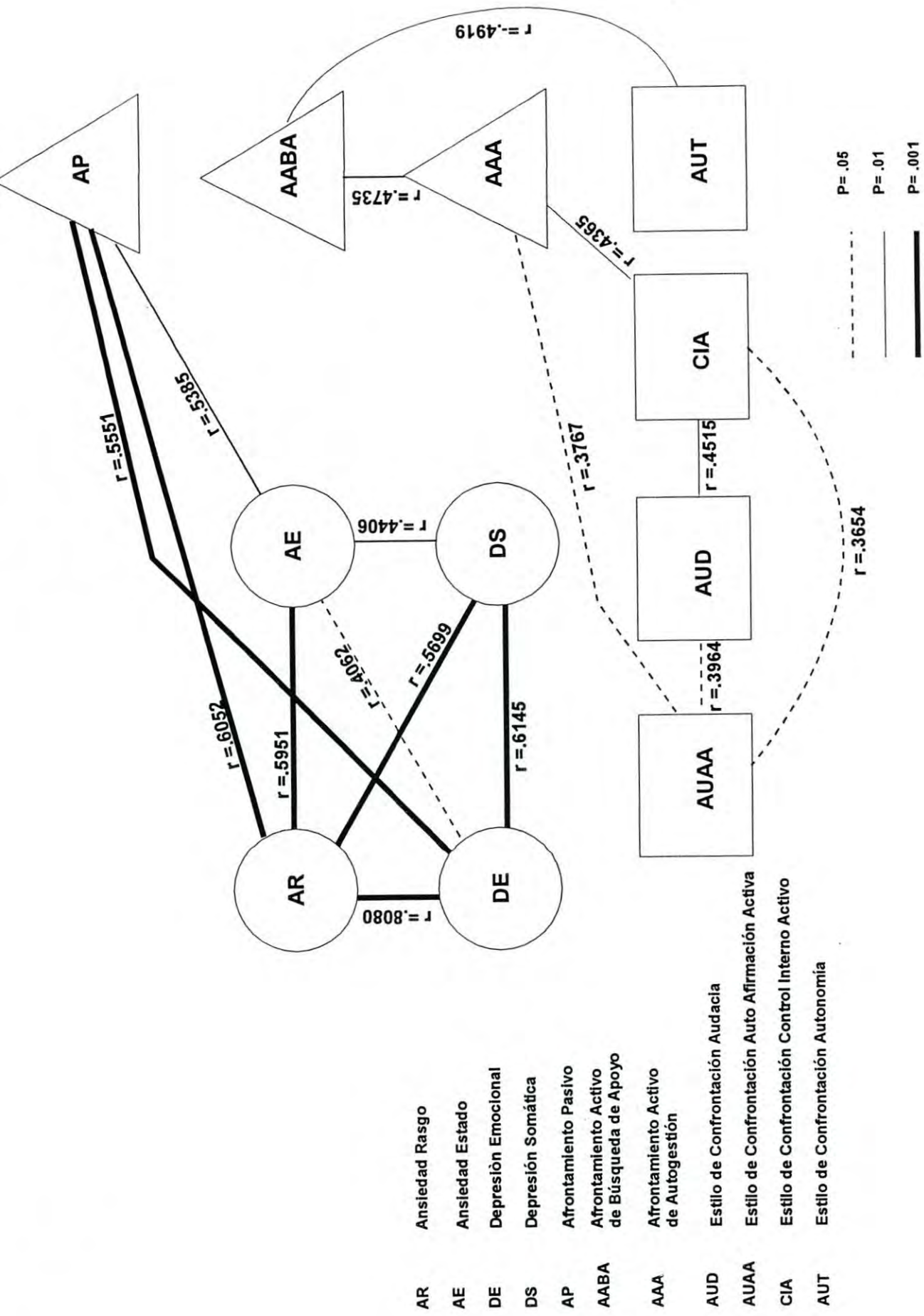


Figura 2. Correlaciones entre variables en el grupo estudio

las pacientes con ansiedad reactiva (ansiedad estado), presentan depresión con componentes emocionales ($r=.4062$, $p<=.05$).

En las sujetos con tipo de afrontamiento pasivo parecen co-existir la ansiedad como rasgo, ($r=.6052$, $p<=.001$), la depresión con características emocionales ($r=.5551$, $p<=.001$), y la ansiedad estado $r=.5385$, $p<=.01$, lo cual sugiere que las pacientes que reportan contención emocional y baja actividad, presentan una tendencia a sentirse generalmente ansiosas, reaccionan ante situaciones transitorias con conductas de ansiedad y, reportan también síntomas de depresión con características emocionales.

La variable sobre afrontamiento activo de búsqueda de apoyo, correlaciona positivamente con la variable sobre afrontamiento activo de autogestión ($r=.4735$, $p<=.01$), y negativamente con la variable de confrontación sobre autonomía ($r= -.4919$, $p<=.01$), lo cual sugiere que las pacientes que buscan apoyo y expresan sus emociones, también despliegan estrategias dirigidas a la solución de problemas, pero no son independientes para tomar decisiones propias es decir dependen de la opinión de otros.

La variable sobre afrontamiento activo de autogestión, correlaciona con la variable sobre confrontación control interno activo ($r=.4365$, $p<=.01$), y el estilo de confrontación autoafirmación activa ($r=.3767$, $p<=.05$), lo cual sugiere que las pacientes tienden a utilizar estrategias para solución de problemas y estrategias de confrontación para el ajuste emocional a través de recursos individuales, también muestran iniciativas y son persistentes para modificar el medio.

Las pacientes con estilo de confrontación control interno activo presentan también estilos de confrontación de audacia ($r=.4515$, $p<=.01$), y estilo de confrontación autoafirmación activa ($r=.3654$, $p<=.05$), esto sugiere que las pacientes que recurren a estrategias de confrontación a través de

recursos individuales para el ajuste emocional también buscan nuevas soluciones ante los problemas y tienen iniciativa y son persistentes para modificar el medio.

Finalmente, se observó una correlación entre los estilos de confrontación audacia y autoafirmación activa ($r=.3964$, $p<.05$), lo cual sugiere que estas pacientes buscan nuevas alternativas y son persistentes para modificar el medio.

6. 2. 3. r de Pearson para la correlación de variables en el grupo control

El afrontamiento pasivo correlaciona tanto con la depresión con características somáticas ($r=.5662$, $p<=.001$), como con la depresión con características emocionales ($r=.5109$, $p<=.01$), esto sugiere que las pacientes que reportan decremento en la actividad general, y poca expresión emocional presentan a su vez síntomas de depresión somática y emocional. Estas pacientes que muestran afrontamiento pasivo, parece que también muestran ansiedad ante situaciones específicas ($r=.3640$, $p<=.05$), y ansiedad como tendencia ($r=.3818$, $p<=.05$). En este caso el afrontamiento pasivo también correlaciona pero negativamente con el estilo de confrontación control interno activo ($r=-.4152$, $p<=.05$), y positivamente con afrontamiento activo de búsqueda de apoyo ($r=.5781$, $p<=.001$), también correlaciona con el afrontamiento activo de autogestión ($r=.5053$, $p<=.01$), esto sugiere que las pacientes despliegan conductas de afrontamiento relacionada con la solución de problemas, el contenimiento emocional y el decremento en la actividad no utilizan recursos individuales para el ajuste emocional.

Las pacientes que muestran estilo de confrontación control interno activo parecen mostrar menos depresión con componentes emocionales ($r=-.4184$, $p<=.05$), y a su vez estas pacientes muestran estilo de

confrontación de autoafirmación activa ($r=.3732$, $p=.05$), lo cual sugiere que son persistentes para modificar el medio y muestran iniciativa y utilizan recursos individuales para el ajuste emocional.

Por otro lado se observó una correlación entre la ansiedad como rasgo y la ansiedad como estado ($r=.5578$, $p<=.001$), y a su vez estas pacientes que muestran ansiedad como rasgo y que reaccionan ante situaciones transitorias con conductas de ansiedad, también presentan depresión con componentes emocionales ($r=.4447$, $P<=.01$).

Finalmente, se encontró una correlación negativa entre afrontamiento activo de búsqueda de apoyo y el estilo de confrontación autonomía ($r=-.5078$, $p<=.01$), lo cual sugiere que las pacientes que buscan apoyo y expresan sus emociones dependen de la opinión de otros para solucionar sus problemas (Ver tabla 7 y figura 3).

Tabla 7.-Índices de correlación entre variables para el grupo control

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 rasgo	1.0000	.5578**	.4447*	.3151	.2179	.3818+	.3339	.2391	.1359	.1935	-.254
2 estado		1.0000	.2452	.3657+	.2087	.3640+	.2663	-.0401	.0483	.1911	-.1053
3 emoción			1.0000	.2916	.2055	.5109*	.1207	-.1047	-.4184+	.0893	-.1966
4 somatico				1.0000	.3639+	.5662**	.3803+	-.1136	-.0260	-.0391	-.3115
5 autoacti					1.0000	.5053*	.5647**	.2352	.0938	.2161	-.2738
6 pasivo						1.0000	.5781**	-.0532	-.4152+	.0329	-.2065
7 otroacti							1.0000	.2161	.0601	.2048	-.5078*
8 autoafac								1.0000	.3732+	.1105	-.2165
9 conintac									1.0000	.1113	.0544
10 audacia										1.0000	-.2465
11 autonomi											1.0000

** p=.001

* p=.01

+ p=.05

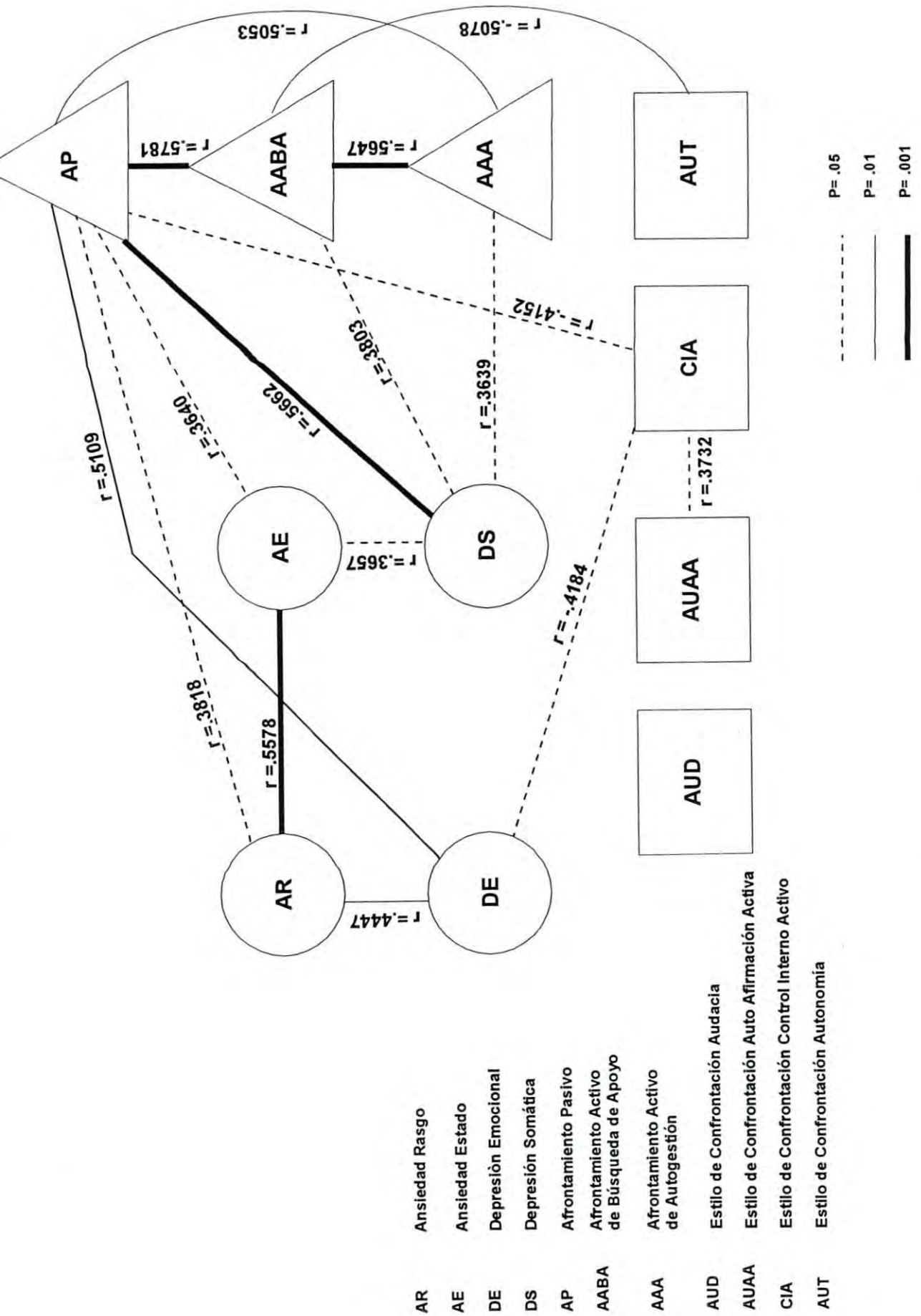


Figura 3. Correlaciones entre variables en el grupo control

7. DISCUSIÓN

De acuerdo con dos de los objetivos planteados para el presente estudio, uno que se relaciona con la evaluación de factores de riesgo (biológicos y conductuales), en pacientes con diagnóstico positivo de cáncer de mama y en sujetos sin diagnóstico de cáncer, y otro que se refiere a la identificación de las posibles diferencias con respecto a los factores de riesgo entre los citados grupos de sujetos, se puede comentar lo siguiente:

La epidemiología tradicional cuyo propósito es el análisis poblacional a partir de un modelo probabilístico de estimación de riesgo de enfermedad, ha identificado para cáncer de mama los factores de riesgo que en este estudio fueron evaluados. A este respecto, aún cuando el análisis estadístico no reveló diferencias significativas entre grupo control y grupo experimental, sí se detectaron sujetos con factores de riesgo, pero el porcentaje que representan es realmente pequeño en relación al porcentaje de sujetos en los que no se identificaron dichos factores de riesgo. Este efecto probablemente se atribuya al tamaño de la muestra.

En relación a los instrumentos de medición, es pertinente hacer los siguientes comentarios. Los instrumentos de papel y lápiz han sido ampliamente utilizados como un procedimiento de exploración en todos aquellos enfoques teóricos que explican la conducta a partir de rasgos subyacentes o atributos psicológicos internos, el rechazo de éstos por parte de los conductistas, ha sido más bien en relación a las premisas de las que parten, que al propio método. En este sentido, la observación directa es la estrategia preferida en los estudios de corte conductual.

No obstante lo anterior y de acuerdo con Fernández y Carroble (1988), los instrumentos de papel y lápiz, han cobrado relevancia para la

aproximación conductual, en tanto su uso implica por una parte la economía en tiempo como en recursos económicos y de personal especializado. Por otro lado existen condiciones en las que la conducta que se desea evaluar no es accesible a la observación directa (por ejemplo la conducta sexual, las expectativas, las creencias, etc.), y que pueden ser evaluadas a partir del reporte verbal del sujeto. En algunos casos dicha conducta, resulta de vital importancia para la formulación de estrategias terapéuticas, parafraseando a Mischel (1973), en la explicación de la conducta humana existe la necesidad de tener en cuenta, además de los estímulos o las situaciones a los que se enfrentan los individuos, la conceptualización que éstos hacen de su medio, en función de sus habilidades, sus constructos personales, sus expectativas y sus valores.

Los instrumentos de evaluación utilizados en el presente estudio, son precisamente del tipo de papel y lápiz. Su utilización se consideró pertinente en tanto que permiten la identificación de conductas, situaciones y creencias que la literatura especializada reporta como relevantes en el tema de investigación que fue abordado.

Antes de iniciar la discusión respecto a la comparación de los grupos en los que se evaluaron las variables de ansiedad, depresión, afrontamiento y confrontación, recordemos los supuestos de este estudio:

Supuesto 1.- Existen variaciones entre los individuos con respecto a los estados emocionales y a las estrategias de afrontamiento.

Supuesto 2.- La relación entre los estados emocionales y las estrategias de afrontamiento entre individuos con cáncer es diferente a la relación de dichas variables en sujetos con padecimientos menores.

Supuesto 3.- Aún cuando las estrategias de afrontamiento pueden ser múltiples, alguna resulta ser predominante.

Los hallazgos del presente estudio sugieren que para algunas de las variables analizadas se encontraron datos que pudiesen considerarse apoyan los supuestos planteados. En relación al supuesto 1, la variabilidad entre sujetos fue indentificada en los casos de ansiedad reactiva y de la depresión con características emocionales. Esto sugiere la individualización de la reactividad emocional, es decir, es altamente probable que ante circunstancias problemáticas, los individuos experimentan estados emocionales, pero la intensidad de éstos variará de sujeto a sujeto. Esto es particularmente importante en tanto que algunos estudios sugieren que los estados emocionales permiten predecir el ajuste psicosocial a la enfermedad (Dunkel-Schelter, Feinstein, Taylor y Falke, 1992).

En relación al supuesto 2, se observó en el grupo de estudio una correlación significativa entre ansiedad, depresión y afrontamiento pasivo, lo cual sugiere una diferencia entre las pacientes con cáncer mamario respecto de las pacientes del grupo control. Como pudo observarse en la figura No. 2, estas variables se situán de manera independiente del resto de las variables sobre confrontación y de los tipos de afrontamiento activo de búsqueda de apoyo y activo de autogestión.

En este caso la presencia de indicadores de ansiedad reactiva y depresión con características cognoscitivo-afectivas, concuerda con la propuesta de Bootzin, Acocella y Alloy (1993), sobre la comorbilidad o concurrencia de desórdenes depresivos y de ansiedad. Los autores señalan que en la observación clínica se ha identificado la yuxtaposición de los siguientes indicadores: Llanto, irritabilidad, insomnio, baja autoestima, auto-evaluación negativa e indecisión.

Sobre este hallazgo y su posible anclaje en el modelo psicológico de Lazarus y Folkman, puede suponerse, en tanto no se realizó una

verificación empírica, que el cáncer de mama es valorado como un evento estresante. Presumiblemente esta valoración estresante pueda definirse en términos de pérdida y amenaza. Esto en virtud de que, por un lado, la presencia del trastorno implica pérdida de la salud y, por otro lado, la amenaza supondría que las consecuencias prospectadas se asocian con perturbaciones en la vida general del individuo y con el inevitable proceso hacia la muerte.

Por su parte, en el grupo de sujetos sin diagnóstico de cáncer, si se observaron correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y, entre éstas y los estados emocionales. De acuerdo con Lazarus (1993), las estrategias de afrontamiento utilizadas pueden variar en un mismo individuo bajo diferentes circunstancias estresantes, o ante la misma circunstancia pero enfrentada en diferentes momentos de la vida, esto probablemente se deba a las consecuencias de la conducta de afrontamiento, a la experiencia con situaciones similares o a la disponibilidad de recursos externos, como por ejemplo la disponibilidad de apoyo social. Este razonamiento se relaciona también con el supuesto 3, es decir las sujetos evaluadas presentaron preferentemente estrategias de afrontamiento pasivo y activo de autogestión.

En relación con los estilos de confrontación y su relación con las estrategias de afrontamiento, es pertinente señalar que tanto en el grupo de pacientes con diagnóstico de cáncer mamario y las sujetos sin diagnóstico de cáncer, se observó una correlación negativa entre la estrategia de afrontamiento activo de búsqueda de apoyo y el estilo de confrontación autonomía, esto sugiere que las pacientes de ambos grupos, buscan apoyo para la solución de problemas y el control emocional, dependiendo de la opinión de otros para la toma de decisiones.

Finalmente el presente estudio en tanto su carácter retrospectivo, contiene las limitaciones características de la evaluación sobre respuestas a eventos pasados. Sin embargo, el sesgo que pudiera presentarse dadas las condiciones de temporalidad, capacidad para recordar y percepción actual de situaciones pasadas, pueda disminuirse en virtud de que las sujetos fueron evaluadas bajo condición mórbida y bajo tratamiento (para el caso del grupo estudio), esto aunado al breve período (máximo un mes), al que los reactivos hacen referencia al momento de cuestionar sobre conductas y pensamientos ante situaciones problemáticas.

No obstante lo anterior, el presente estudio resulta valioso en tanto sugiere posibles características psicológicas asociadas al proceso oncológico, ciertamente sólo generalizable a la población involucrada.

En relación a las perspectivas sobre este tópico, es recomendable evaluar otro tipo de variables, tales como la percepción de amenaza, el apoyo social y el ajuste psicosocial a la enfermedad, con el propósito de obtener una mejor comprensión de los aspectos psicológicos de las mujeres que padecen cáncer mamario, ya que de este modo podrían diseñarse estrategias terapéuticas tanto médicas como psicológicas más efectivas.

Por otro lado y en relación a la posibilidad de tener un mejor entendimiento sobre el continuo del proceso oncológico, se hace necesario el diseño de estudios longitudinales, en donde puedan realizarse evaluaciones en diferentes momentos del proceso, considerando no sólo las variables psicológicas, sino además la evaluación de los diferentes aspectos relacionados con desarrollo tumoral. Ciertamente esto requiere de esfuerzos conjuntos, en donde por un lado se hace necesaria la participación de investigadores de diferentes disciplinas del conocimiento y, por otro lado se reconozca el papel del psicólogo en los ámbitos investigativo y de servicios

en las instituciones de salud, ya que son éstas las que posibilitarían el desarrollo de estudios como el que aquí se sugiere



Biblioteca Central Universitaria

BIBLIOGRAFIA

- Ader, R., Cohen, N. y Felten, D. (1995). Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system. The Lancet. Vol 345. 99-102.
- Bayés, R. (1985). Psicología oncológica. Barcelona: Martínez Roca.
- Bearsdley, T. (1994). A war not won. Scientific American. Jan., 131-138.
- Beck, A. y Steer, R. (1993). Beck Depression Inventory Manual. San Antonio, The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. L. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty five years of evaluation. Clinical psychology review Vol. 8, 77-100.
- Beckham, E. y Adams, R. (1984). Coping behavior in depression: report on a new scale. Behaviour, Research and Therapy. Vol.22, No.1, 71-75.
- Ben-Eliyahu, S., Yirmiya, R. Liebeskind, J., Taylor, A. y Gale, R. (1991). Stress increases metastatic spread of a mamary tumor in rats: evidence for mediation by the immune system. Brain, behavior, and immunity. Vol.5, 193-205.
- Blanchard, E. B. (1982). Behavioral Medicine: Past, Present and Future. Journal of consulting and clinical psychology. Vol. 50 No. 6, 795-797.
- Bootzin, R., Acocella, J. y Alloy, L. (1993). Abnormal Psychology. New York: McGraw Hill.
- Bosch, F. X. y Coleman, M. P. (1990). Epidemiología descriptiva. En: Hossfeld, D. K., Sherman, C.D., Love, R. R. y Bosch, F. X. (Eds.). Manual de oncología clínica . Barcelona: Doyma.
- Carins, J. (1978). Cancer. science and society. San Francisco: Freeman.

- Cisneros, M.T. (1992). Programa nacional de prevención y control del cáncer cérvicouterino y mamario. México: Secretaría de Salud.
- Deadman, J.M., Dewey, M.J., Owens, R.G., Leinster, S.J. y Slade, P.D. (1989). Threat and loss in breast cancer. Psychological Medicine, Vol. 19, 677-681.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). Psicología del mexicano. México: Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. e Iscoe, I. (1984). El impacto de la cultura iberoamericana tradicional y del estrés económico sobre la salud mental y física: Instrumentación y potencial para la investigación transcultural. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 16 No. 2. 167-211.
- Drinkwater, N. R. y Sugden, B. (1990). Mecanismos de la carcinogénesis. En: Hossfeld, D. K., Sherman, C.D., Love, R. R. y Bosch, F. X. (Eds.). Manual de oncología clínica. Barcelona: Doyma.
- Dunkel-Schelter, C., Fenstein L., Taylor, S. y Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer. Health Psychology. Vol.11 No.2, 79-87.
- Finaly-Jones, R. y Brown, G. W. (1981). Types of stressful life events and the onset of anxiety and depressive disorders. Psychological Medicine. Vol II, 803-815.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schelter, C., DeLongis, A. y Gruen, R. J. (1986). Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology Vol.50, 992-1003.
- Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J. y Marco José. (1991). La transición epidemiológica en América Latina. Bol of Sait Panam 111(16), 485-496.

- Friedman, L., Nelson, D., Baer, P., Lane, M., Smith, F. y Dworkin R. (1992). The relationship of Dispositional Optimism, Daily life stress, and Domestic Environment to coping methods used by Cancer Patients. Journal of Behavioral Medicine Vol 15 No. 2, 127-141.
- Gerdenio, M., Roth, S., Keefe, F. y Brantley, A. (1987). Coping with cancer. Journal of Human Stress. Vol 13 No. 4, 149-158 .
- Hebert, T. B. y Cohen, S. (1993a). Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. Psychosomatic medicine. Vol. 55, 364-379.
- Hebert, T. B. y Cohen S. (1993b). Depression and immunity: A meta-analytic review. Psychological Bulletin Vol. 113, 472-486.
- Hersen , M. y Bellack, K. (1988). Dictionary of behavioral assessment techniques . New York: Pergamon Press.
- Hu Da-Shih y Silberfarb, P. M. (1988). Psychological Factors: Do they influence breast cancer?. En: Cooper, C. L. (Ed). Stress and Breast Cancer. New York: John Wiley & Sons.
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. Psychosomatic Medicine. Vol.55, 234-247.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazcano-Ponce, E., Tovar-Guzmán, V., Alonso -de Ruiz, P., Romieu, I., y López-Carrillo, L. (1996). Cáncer de mama. Un hilo conductor histórico, presente y futuro. Salud Pública de Mexico. Vol 38 No. 2, 139-152.
- Seligman, M., Klein, D. y Miller, W. (1976). Depression. En: Leitenberg, H. (Ed.). Handbook of behavior modification and behavior therapy. New jersey: Prentice Hall.

- Levy, S., Herberman, R., Lippman, M. y D'angelo, T. (1987). Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer cell activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. Journal of Clinical Oncology. Vol.5 No.3, 348-353.
- Levy, S., Herberman, R., Maluish A., Schlien B., Lippman, M. (1985). Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. Health psychology Vol. 4, 99-113.
- Levy, S. y Wise, B. (1988). Psychosocial risk factors and cancer progression. En: Cooper, C. (Ed.). Stress and Breast Cancer. London: Wiley.
- Love, R. R. (1990). La historia natural del cáncer humano. En: Hossfeld, D. K., Sherman, C.D., Love, R. R. y Bosch, F. X. (Eds.). Manual de oncología clínica. Barcelona: Doyma.
- Mc Allister, R., Horowitz, S. y Gilden, R. (1993). Cancer. New York: Harper Collins.
- Mischel, W. (1973). Personalidad y evaluación. México: Trillas.
- Montiel, M. (1996). Identificación de indicadores psicológicos asociados al cáncer cérvicouterino: Afrontamiento, ansiedad, depresión y estilo activo/pasivo. Tesis de maestría. Universidad de Sonora, México. Manuscrito.
- Ribes, E. (1990). Psicología y Salud: Un análisis conceptual. Barcelona: Martínez Roca.
- Saracci, R y Repetto, F. (1978). Epidemiology of Breast Cancer. Seminars in oncology. Vol. 5 No. 4, 342-350.
- Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S. y Flake, R. (1992). Patterns of coping with cancer. Health Psychology 11(2), 79-87.

- Sherman, C. D. (1990). Cirugía. En: Hossfeld, D. K., Sherman, C.D., Love, R. R. y Bosch, F. X. (Eds.). Manual de oncología clínica. Barcelona: Doyma.
- Sklan, L. y Anisman, H. (1991). Cancer y estrés. En: Gil, J y Ayllón, T. (Eds). Medicina conductual. Granada: Universidad de Granada.
- Spielberger, C., González-Reigosa, Martínez-Urritia., Natalicio, L. y Natalicio, D. (1971). Development of the spanish edition of the state-trait anxiety inventory. Interamerican Journal of Psychology. Vol.5, No. 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.
- Spielberger, C. y Díaz-Guerrero (1975). Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. México: Manual Moderno.
- Stanton, A. y Snider, P. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: A prospective study. Health Psychology. Vol 12 No. 1, 16-23.
- Steinberg, M., Juliano, M. y Wise, L. (1985) Psychological outcome of lumpectomy versus mastectomy in the treatment of breast cancer. American Journal of Psychiatry. Vol. 142, 34-39.
- Stolbach, L. y Brandt, U. (1988). Psychosocial factors in the development and progression of breast cancer. En: Cooper, (Ed.). Stress and Breast Cancer. London: Wiley.
- Taylor, S. (1991) Health psychology. New York: McGraw-Hill.
- Torres, R. (1992). Patología de la glándula mamaria. En: Cisneros, T. Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino y Mamario. Secretaría de Salud Pública.

- Valdez, M. y Flores, T. (1985). *Psicobiología del Estrés*. Barcelona. Martínez-Roca.
- 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 No. 1, 2-8.
- Weiss, S. M. (1979). Factores psicológicos de la tensión y la enfermedad. Psicología fisiológica Madrid: H. Blume Ediciones. 406-415.
- Weisnberg, R. A. (1988 Sept). Finding the anti-oncogene. Scientific American. 34-41.



ANEXO

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

INSTITUCION

No. _____

FECHA _____

A. DATOS GENERALES

Nombre _____

Edad _____

Peso__

Talla

Estado civil _____

Nivel escolar _____ años cursados _____

Dirección y teléfono _____

Lugar de nacimiento y procedencia

B. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Número de hijos _____

Enseres domésticos (funcionando):

Lavadora _____

Licuada _____

Material de la vivienda:

Paredes

Techo _____

Piso _____

Drenaje _____

Servicio sanitario

Número de cuartos _____

Ocupación de la pareja _____

C. 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 algun tipo de cáncer?
21. En caso afirmativo ¿qué tipo de tratamiento recibió?

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (VERSION COMPLETA)

No. sujeto _____ Edad _____ Edo. Civil _____ Fecha _____

Escolaridad:

Nivel _____

Años cursados _____

El proposito de este cuestionario es el de identificar como la gente maneja sus sentimientos de depresión o decaimiento. En las siguientes paginas encontrara un listado de actividades. En el paréntesis 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 pensando 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 intentado 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?



INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (NUEVA VERSION)

No. sujeto _____ Edad _____ Edo. Civil _____ Fecha _____

Escolaridad:

Nivel _____

Años cursados _____

El proposito de este cuestionario es el de identificar como la gente maneja sus sentimientos de depresión o decaimiento. En las siguientes paginas encontrara un listado de actividades. En el paréntesis 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 disfrazado 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?



INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO DE SPIELBERGER

No. Sujeto () Edad () Escolaridad nivel: _____
 años cursados () Estado civil: _____

INVENTARIO DE AUTOEVALUACION

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
 3 significa BASTANTE

2 significa UN POCO
 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 cursados _____ Edo. Civil _____ Fecha _____

Instrucciones: Marque con una (x) la afirmación que mejor describa su estado de ánimo durante la última semana, incluyendo el día de hoy. No existen respuestas buenas o malas, si en algún caso son varias las afirmaciones que parecen describir su estado de ánimo, señale cada una de ellas. Asegúrese de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de hacer su elección.

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 NO

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 FILOSOFIA DE VIDA DE DÍAZ-GUERRERO

No. Sujeto _____ Edad: _____ Escolaridad nivel: _____

años cursados: _____ Estado civil: _____

Instrucciones: 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 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