AAB6933

AAB6933

TESIS
PS589
F6

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACION
ESCUELA DE PSICOLOGIA

ESTUDIO EXPLORATORIO ACERCA DE LOS MODOS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRES EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA

Trabajo de Investigación presentado por

Alicia FORONDA BERRUETE de GARCIA ROSELL

Carmen Elena OCHOA PACHECO

a la

Escuela de Psicología

Como un requisito parcial para obtener el

Título de

Licenciado en Psicología

Profesor Guía :

Nelson CASTELLANOS

Caracas, Septiembre de 1989.

A todas aquellas personas que sufren de cáncer, en especial a las pacientes con quienes compartimos momentos cortos pero de gran valor para nuestro crecimiento personal.

A mis padres,
y en especial a mi mamá,
quien a lo largo de mi carrera
me apoyó, animó y llenó de
esperanzas para un futuro mejor.
A mi esposo y a mis hijos,
con quienes deseo compartir
este futuro tan prometedor.

Alicia Foronda de Garcia R.

FE DE ERRATA

Página	Linea	En lugar de:	Debe ser:
25	11	incosciente	inconsciente
38	1	inmoviliazción	inmovilización
95	6	Exiten	Existen
109	14-15	evaluación primaria	Afrontamiento Activo

Entiendase Variables por Vs

A mis padres : Orlando y Amanda

A mis hermanos : Orlando e Ignacio

A Gilda y a mis amigos,

quienes de alguna manera,

en el pasado o en el presente,

lejos o cerca,

me han alentado y acompañado.

Carmen Elena Ochoa Pacheco.

AGRADECIMIENTO

A nuestro tutor, Nelson Castellanos, quien ha sido un compañero más en este estudio.

Al Dr. Luis E. Palacios, quien con su mística y pasión por el trabajo hizo posible este estudio, al contactar con los pacientes a pesar de una huelga nacional de médicos.

A Jaime , por su asesoramiento, realización de los análisis estadísticos y apoyo sincero.

A Luisa, amiga, quien nos acompañó en el trabajo de campo y asesoró en el esquema formal de nuestro estudio.

A Lelia, pequeña gran amiga, quien dispuso de su tiempo, su casa y su computadora para ayudarnos en la realización de nuestra tesis.

A Lili, por su valiosa colaboración en la transcripción de los datos.

A nuestros compañeros y amigos : Filiberto, Gustavo y Willie, quienes alentaron y aplaudieron el tema de la presente investigación.

A William y Alexander, por enseñarnos las bases del manejo de la computadora y ayudarnos siempre con nuestros errores.

A la Sra. Sagrario (mamá de Alicia), quien con su constante dedicación, atención, interés y sonrisa, también nos alentó y animó en nuestro estudio.

A aquellos médicos, amigos, Manuel Reyes, Francisco Blanco y Víctor García, y todos aquellos que conocimos, por su desinteresada ayuda y colaboración.

Al Dr. Fernando Ríquez, quien nos ha impulsado para siempre a la búsqueda del conocimiento personal y de otros.

Al profesor Gustavo Peña, por su excelente orientación bibliográfica.

INDICE

		Pág
Dedicatoria 1		I
Dedicatoria 2		II
Dedicatoria 3		III
Agradecimiento		IV
Indice		V
Indice de tablas		VI
Resumen		VII
Introduccion		VIII
Fundamento Teórico		1
Planteamiento del Problema		77
Planteamiento de Hipótesis		77
Método		78
	I.- Sujetos	78
	II.- Diseño	80
	III.- Instrumento	82
	IV.- Procedimiento	84
Resultados		94
	- Pruebas Estadísticas utilizadas para el análisis de los datos	94
	- Análisis de los Datos	95
Discusión		103
Conclusiones		110
Bibliografía		111

INDICE DE TABLAS

ANEXO "A" 119
ANEXO "B" 123
ANEXO "C" 124
ANEXO "D" 125
ANEXO "E" 128
ANEXO "F" 130
ANEXO "G" 141
ANEXO "H" 142
ANEXO "I" 147
ANEXO "J" 150
ANEXO "K" 153
ANEXO "L" 163
ANEXO "M" 164
ANEXO "N" 166
ANEXO "O" 169
ANEXO "P" 178
ANEXO "Q" 181
ANEXO "R" 184
ANEXO " S" 193
ANEXO "T" 202

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue explorar los modos de afrontamiento por medio del instrumento "Ways of Coping Checklist" adaptado por las Es, en una muestra de Ss con cancer mamario en comparación con un grupo de Ss de traumatología.

La muestra estuvo constituída por 30 Ss con Cáncer Mamario y 30 Ss de Traumatología. El grupo con Cáncer procede del Instituto Oncológico "Luis Razetti" y del Hospital "Padre Machado". El grupo de no-Cáncer procede del Hospital Militar de Caracas, Hospital Clínico Universitario, Hospital "Domingo Luciani" y del Hospital "Pérez Carreño". Todos los sujetos son del sexo femenino y con edades comprendidas entre 20 y 65 años.

Fue un estudio de campo, exploratorio, de tipo *ex post facto* y de grupos no equivalentes.

Los resultados obtenidos indican que existen modos de Afrontamiento para esta muestra de Ss cancerosos que difieren de las estrategias utilizadas por el grupo de contraste.

Estos modos de Afrontamiento son: Afrontamiento Activo y Búsqueda de Apoyo e Información, ambos con puntuaciones más bajas en los Ss de Cáncer Mamario, en comparación con el grupo de Traumatología.

INTRODUCCION

Desde que la Psicología se introduce dentro del ámbito científico, las diferencias individuales han sido un fenómeno altamente controversial. La Psicología Experimental intentó opacar a toda costa este fenómeno, considerándolo como limitante, ya sea controlando condiciones ambientales, ya sea obviándolo. Así la psicología desde sus comienzos ha buscado leyes generales que expliquen la conducta humana. Sin embargo, las características únicas de cada ser humano se han impuesto siempre. Tendencias como la fenomenología, gestalt y la gran revolución psicoanalítica, se han levantado en contra de esta posición molecular para resaltar e introducir las diferencias individuales como aspecto inseparable del estudio del comportamiento humano en su totalidad.

En el caso específico del estudio del estrés, se planteó igualmente este dilema acerca de las diferencias individuales. Tuvieron que pasar tres décadas para que se reconociera la importancia de estas diferencias a la hora de reaccionar ante las situaciones estresantes. En un principio el estrés se consideró como una respuesta fisiológica del organismo ante un estímulo determinado, sin tomar en cuenta los antecedentes psicológicos de tal reacción. Paralelamente, otros autores definieron el estrés en función de la situación. Por otro lado, el modelo psicoanalítico suponía que las tensiones asociadas al estrés preexisten en el sujeto, derivan de su historia y se actualizan en cada acto o en cada interacción. Esta corriente descuidó las evaluaciones realistas del momento.

En oposición a estas corrientes R. Lazarus conceptualizó una visión de sentido común; que no todo hombre es igualmente vulnerable o alarmable. El

estrés será el producto de una compleja interacción entre las Vs personales y situacionales.

Esta nueva tendencia es enmarcada dentro de la Psicología Cognitiva de la emoción, que estudia los determinantes inconscientes de las emociones, no al modo psicoanalítico, sino como un elemento más de las operaciones evaluativas de la idiosincracia del pensante. Dicha evaluación cognitiva no encierra exclusivamente pensamientos lógicos, sino también, incluye peculiaridades perceptivas, evaluaciones automáticas, procesamiento subcortical de información biológica y simbólica, mecanismos defensivos, efectos de influencias previas y respuestas emocionales; todo ello plasmado de un modo instantáneo.

El resultado final de esta actividad cognitiva es lo que se ha denominado afrontamiento, el cual es un proceso de naturaleza dinámica, que persigue un objetivo e implica una participación activa ante la situación estresante. Este se traducirá en comportamientos, pensamientos y diversas acciones que el sujeto mostrará para adaptarse a la situación.

La inclusión de Vs biológicas en este modelo cognitivo del estrés es relevante para el estudio de su relación con la salud del organismo.

En el presente estudio, el cual está dirigido a estimar el afrontamiento en pacientes cancerosos, el modelo teórico planteado por R. Lazarus resulta explicativo en cuanto a la posibilidad de diferenciar a estos Ss, no sólo por sus rasgos de personalidad, sino por el modo de entendérselas con los acontecimientos estresantes, que en cierta medida derivan de estas características de personalidad y que van en detrimento de su salud.

Como objetivo último, esta nueva orientación cognitiva emocional, abre perspectivas terapéuticas al asumir que el afrontamiento es un agente mediador activo, con posibilidades de cambio, a través del cual el individuo se enfrenta a situaciones vitales. Además proporciona Vs observables para la futura corroboración de hipótesis.

PERSONALIDAD Y CANCER

Cáncer como Enfermedad Psicosomática.

Después de la segunda guerra mundial los profesionales de la medicina se vieron en la necesidad de entender al hombre como un todo, ya que el sufrimiento psicológico por el impacto de la guerra y la subsecuentes pérdidas de personas cercanas y del albergue físico que brindaba seguridad y protección, superó el mismo sufrimiento corporal. Surge entonces, dentro del campo de la medicina, una nueva tendencia que actualmente se ha dado a llamar Medicina Psicosomática. Esta constituye una orientación más antropomórfica, como la define Vethencourt (1977), en comparación con la tradicional tendencia anátomo-fisiológica, y toma en cuenta e incluso enfatiza la intervención de Vs psicológicas en la aparición de cualquier enfermedad física. Esta corriente de la medicina asume un enfoque holista del hombre al darse cuenta que existe un sincronismo entre los factores psíquicos y los cambios somáticos del paciente.

El psicoanálisis constituyó una influencia determinante en la aparición de ésta nueva concepción del hombre, sobre todo con el descubrimiento del mundo del inconsciente. Según explicaba Freud (1984) ésta dimensión marca el rumbo de los caminos recorridos por cada ser humano; incluso puede cambiar su curso sin que este pueda saber muchas veces por qué. Esta instancia psíquica está constituída por una energía que tiene origen en las diferentas zonas del cuerpo que han sido relevantes durante el desarrollo. La energía corporal se transforma en energía psíquica, la cual, puede revertirse otra vez en el cuerpo. A través de esta dinámica se van conformando las tres estructuras psíquicas principales que

son la base de toda personalidad en relación con su entorno: Ello, Yo, Superyo. Es mediante dicha dinámica que el hombre puede sentir y darse cuenta de sus impulsos. En este sentido el psicoanálisis contituye el primer modelo explicativo acerca de la dinámica que se presenta entre psique y cuerpo en todo ser humano enfermo o no.

La conjunción de la tendencia antropomórfica y esta influencia del Psicoanálisis se concretiza en la fundación del Instituto Psicoanalítico de Chicago, del cual forman parte entre otros, Franz Alexander y Flander Dunbar. Según dicha escuela, los conflictos inconscientes sin resolver son los responsables de diversos trastornos orgánicos y es posible descubrir tipos "específicos" de personalidad en alguno de ellos (R. Bayés,1985). Adler, discípulo de Freud, también desarrolla con mayor interés este último tema relacionado con la enfermedad del órgano, bajo una perspectiva neopsicoanalítica.

Así pues, lo que antes pareció un descubrimiento poco creíble y muy discutido, hoy la relación entre lo psicológico y la enfermedad es axiomática. El enfoque de la medicina psicosomática está suficientemente difundido en aquellos campos profesionales relacionados con la salud mental o salud física. Se han realizado investigaciones en este campo desde principios de siglo y se han encontrado significativas correlaciones entre Vs tales como estilo de vida y enfermedades, expresión de emociones y trastornos metabólicos, tipos caracterológicos y constitución anatomo-física,etc.

La crítica común a estos primeros estudios se ha dirigido a la metodología poco objetiva utilizada. Sin embargo, a medida que se han replicado algunos de estos, con métodos psicométricos, se ha confirmado cada vez con mayor fuerza esta relación. Personalidad fue el término que englobó las Vs

psicológicas individuales y únicas, que hacían de la enfermedad, antes considerada como un proceso sometido a leyes generales una vez instalada en el cuerpo, una dinámica única y particular en cada paciente. La enfermedad psicosomática viene a representar esta nueva visión, la cual se refiere a que el sufrimiento y nuestra constitución psicológica se plasmarán en el cuerpo, es decir, se somatizarán, como una forma de canalizar, inconscientemente, la energía psíquica generada en las situaciones de mayor desesperanza. También constituirá una forma de defenderse o una salida suplementaria para el sufrimiento.

Otra crítica importante que se le hicieron a dichos estudios fue el poco esclarecimiento acerca del papel etiológico o consecuencial de lo psicológico. El escepticismo por parte de los médicos acerca de las relaciones causa-efecto, de lo psicológico con la enfermedad ha sido uno de los aspectos que han colocado en crisis los avances iniciales de la medicina psicosomática. Sin embargo, es necesario aclarar, como señala Vethencourt (1977) que existen tres direcciones y no una, donde lo psicológico está relacionado con el campo de la enfermedad somática franca :

Primera, el manejo psicológico del paciente. Este aspecto ya no ofrece ninguna discusión, e incluso disminuye la resistencia de los médicos, ya que un conocimiento mínimo de la relación médico-paciente y de los aspectos inherentes a esta comunicación es de reconocida importancia en el desenvolvimiento profesional.

Segunda, consecuencias psicológicas de la enfermedad somática. Este punto tampoco es discutido por los médicos puesto que ellos manejan los cambios psicológicos, las adaptaciones personales de tipo regresivo y las diversas

actitudes personales que genera el sufrimiento mórbido, de manera intuitiva, sin necesidad de comprender qué provoca tales reacciones.

Tercera, los orígenes psicológicos de la enfermedad. Es en este punto donde se presentan, como anteriormente se señaló, las más frecuentes resistencias. Existen diversos factores que llevan al rechazo de este tercer punto: Uno es la postulación en esta nueva orientación en medicina del término psico-somático como una dualidad cartesiana entre cuerpo y alma, la cual es salvada de modo "mágico", en la producción de la enfermedad. Es decir, se habla de una relación entre dos instancias, una psíquica y otra material, pero no se explica cómo se da esa relación. Es posible que esto sea una limitación remanente de la influencia de la teoría freudiana sobre este enfoque, cuando habla de la transformación de la energía corporal concentrada en las zonas erógenas, en energía psíquica sin explicar explícitamente de qué manera sucede (Eysenck,1980 c.p. Cooper,1986). Dos , ligado al anterior es la unilateralidad de la relación causal (lo psíquico sobre lo físico, dando como resultado la enfermedad) que autores como Dumbar y Alexander (c.p. Vethencourt,1977), fundadores de la Escuela de Chicago, presentaron sobre las relaciones psicosomáticas. Fue una apresurada sistematización de sus hallazgos lo que llevó a una duda sobre la utlidad de una "guía" para interpretar y clarificar la compleja realidad de la medicina psicosomática en los años 50. Además la técnica psicoanalítica resultaba muy difícil y exigente para entenderla y aplicarla. Tres, más globalmente, otro factor estaba relacionado con la ambigüedad del mundo psicológico y sus métodos de estudio que competían desfavorablemente con la mayor exactitud de los hallazgos fisiopatológicos. Cuatro, agregado a todo lo anterior se encuentra el hecho de que, como señala Vethencourt (1977):

"...las influencias curativas psicológicas poseen una larga gestación de sus efectos y cuando se presentan no aparecen tan claramente como ocurre con los efectos benéficos de una droga convenientemente administrada" pág. 19.

Estos dos últimos aspectos causan inseguridad en el médico, puesto que tendría que introducirse dentro de un campo confuso, donde se sentiría perdido y a la vez advertiría que sus instrumentos más precisos no son de gran utilidad.

En la actualidad se ha abandonado toda explicación unilateral y simplificada de la enfermedad psicosomática, por el contrario se habla ahora de una multicausalidad en relación a la enfermedad; así como también de las relaciones complejas entre psique y enfermedad. Las diferencias individuales juegan un papel muy importante en la jerarquización de los factores determinantes en una misma enfermedad. Pero el aporte de lo psicológico no sólo se queda en la persona que está padeciendo, sino que es esencial para comprenderla antes de la enfermedad y el futuro inmediato tanto si se cura como si no se cura .Este enfoque contemporáneo acerca de la enfermedad psicosomática está perfectamente representado en el modelo de medicina-antropológica desarrollado por J.L. Vethencourt(1977), el cual, presenta una visión mucho más holista al incluir una dimensión existencial en la definición del ser humano, sin dejar de tomar en cuenta la fisiológica, neuroquímica y psicológica , las cuales se encuentran absolutamente entrelazadas.

En el presente estudio, el cáncer es considerado como una enfermedad

psicosomática debido a que se ha comprobado a través de muchos estudios desde la década de los 50 su estrecha relación con lo Psicológico, lo cual, constituye la consideración fundamental como antes se mencionó, para definir las enfermedades psicosomáticas. Es vista también, desde este marco causalista y multifactorial actual así como también en base a dicho enfoque antropológico postulado por Vethencourt(1977); además la personalidad y la experiencia emocional son tomadas como uno de los factores coadyuvantes de dicho estado morboso y su eventual evolución.

Ya Bahnson (1969), al abordar los problemas psicofisiológicos en cáncer,señala lo siguiente:

> "Es una ignorante y errónea fantasía pretender hablar de relaciones causa y efecto; todo lo que podemos hacer es organizar las observaciones en el tiempo, adquiridas con diferentes sistemas teóricos conceptuales" (c.p.F. Rísquez y López Herrera,1971) pág. 66

David Kissen (1966) también a este respecto ha señalado que :

> "...el aporte a lo psicológico no es lo más importante pero es muy importante: la enfermedad es multifactorial en su origen y los factores psicológicos y físicos tienen grados de importancia en las diferentes enfermedades y por supuesto en los diferentes individuos con la misma enfermedad. Así mismo esto se aplica en la efectividad del tratamiento para curar la enfermedad..." pág.821

Otro autor Saxon Grahan (c.p. Bahnson,1970) señaló que la enfermedad galopa mucho antes de su aparición por factores ambientales, genéticos,fisiológicos y otros. Esto apunta hacia la importancia de la historia y personalidad pre-mórbida en la incidencia de dicha enfemedad; lo cual también estaba siendo estudiado desde 1959 aquí en Venezuela, en

forma paralela, por el Dr. Rísquez y López Herrera (1980). Al hablar de la influencia psicológica en la biopatografía de la gente , y a la vez de ésta en la producción de su cáncer, también dejan claro que no se están refiriendo a una relación causalista simple:

> "nosotros no estamos hablando de causa. Estamos hablando de causalidad de factores que se integran dentro de la formación de un tumor: la soledad, la incomprensión y la separación son factores que influyen negativamente sobre los grupos sociales, actuando sinérgicamente sobre las posibles predisposiciones genéticas, así como también reforzando los factores exógenos que juegan un papel importante en la aparición del cáncer." pág. 10.

También en los estudios de la incidencia de Vs psicológicas como personalidad, estilo de vida, comunicación, etc.,sobre la aparición y evolución del cáncer, se resaltan las mismas desventajas metodológicas antes mencionadas en las investigaciones en medicina psicosomática en general. La crítica fundamental era la falta de objetividad de los métodos utilizados. Perrin y Pierce (1959 ,c.p. F.Brown,1964) agruparon estos métodos en cuatro tipos básicos: 1) Anecdótico; 2) Entrevista e historia de casos; 3) Sociológico y análisis demográfico y 4) Pruebas psicológicas.Los mismos autores enumeraron las críticas hechas en estos estudios con tales métodos: No hubo una evaluación sistemática,cayendo en especulaciones; no definieron método utilizado en entrevistas; muestras muy reducidas,no representativas y poco análisis estadístico; ausecia o inadecuado grupo control y; uso de términos abstractos.

Pero todas estas críticas no invalidaron los resultados; sólo que surgió la necesidad de mayor corroboración. Desde entonces hasta la

actualidad se han efectuado estudios utilizando estas mismas Vs u otras relacionadas con el cáncer y en efecto se ha confirmado uno y otra vez con métodos más objetivos, los hallazgos de esta primeras investigaciones, como se explicitará más adelante .

Ahora bien, ¿ por qué ha sido importante para los estudiosos de éste tema, todas estas consideraciones al estimar la personalidad en pacientes cancerosos?. El rol más prometedor dentro de la orientación psicosomática es en las posibles contribuciones para su prevención. Los chequeos médicos son más precisos en la detección del cáncer que en la prevención. El tipo de personalidad y otras características así como también rasgos físicos y constitucionales podrían utilizarse para identificar el alto riesgo a la enfermedad (D. Kissen,1980).

> ..."A nosotros no nos ha interesado...si un individuo con un tumor de diez centímetros cúbicos,presenta o no reacciones a un tumor..nos interesa más la prevención de ese tumor que sus efectos".(F. Rísquez,1980). pág. 9

Se estima que debe haber algunos rasgos , tanto físicos como psicológicos que puedan distinguir en un momento una persona que "va a hacer cáncer", más fácilmente que otra, dentro de los factores genéticos que cada quien tiene y dentro de la exogenidad .

Personalidad Pre-mórbida.

Ya es un mito pensar que la enfermedad,el cáncer, le dá a un paciente en forma azarosa o sorprendente. El cáncer es una enfermedad psicosomática y como tal responde a las siguientes características :

"... -manifestación en áreas mucho más radicales y profundas de las funciones corporales y de las estructuras celulares.
-Consiste en trastornos metabólicos endocrinos,infecciosas, alérgicas tóxicas y degenerativas.
-Su expresión patológica tiene que ver con la fisiología de regulación predominantemente bioquímica.
-Sólo son modificables directamente por la terapia médica o quirúrgica.
-No son simbólicas, aún cuando la conexión entre la dificultad existencial y la aparición del cuadro es bastante fácil de advertir.
-En vista de que comprometen seriamente la fisiología central de un sistema, de un órgano y a veces la estructura celular misma, tienden a cursar como una entidad nosológica definida, cuyo curso sigue sus propias leyes fisiopatolólogicas" (Vethencourt,1977), pág. 45-46.

Como señala Vethencourt (1977), en la unidad de cada hombre existen cuatro planos de realidad entrelazados, pero claramente diferenciables y caracterizables. En dos de estos no se puede diferenciar al ser humano de los animales: nivel de fisiología intracelular y el nivel intercelular (bioquímico puro y neuroquímico). En los dos planos restantes: psicológico y existancial es único.

Este mismo autor agrega que la dinámica personal que conduce a la somatización está alimentada secretamente por una dificultad existencial que pertenece al cuarto nivel de realidad en el ser humano; y además por el sentido que el paciente le adjudique, lo cual, depende del penúltimo nivel psicológico y es lo que le dará formas de conducta a asumir frente al sufrimiento que generó este proceso de somatización.

Se ha demostrado con los estudios del cáncer que a la gente " no le dá cáncer sino que la gente fabrica su propio cáncer, por su manera de vivir y contactar con los demás " (Rísquez, 1976)

> "Creemos que el paciente canceroso es el resultado de un proceso de cancerización que envuelve esencialmente una manera de estar en el mundo; que es el resultado de un conjunto de factores,siendo uno de ellos la actitud del canceroso ante la vida y sus valores" . pág.14.

Cuando Rísquez(1976) habla de esa actitud hacia la vida y de los valores toca también la dimensión existencial, en la cual se ha hecho tanto énfasis. Este plano espiritual o axiológico se refiere a lo transindividual y a lo supraindividual. Es decir, es el "ser con los otros" que aparece cuando se entrelaza lo psicológico con la necesidad de justificación de la propia vida desde los otros y para los otros. Se desarrolla en los comienzos de la vida produciendo experiencias psicológicas que van a constituir las inquietudes propiamente humanas; luego esta proyecciones expresivas se viven de otras maneras, con otras personas y con las cosas mismas (Vethencourt,1977).

Este plano existencial, axiológico,espiritual o creativo contribuye a formar el nivel psicológico y es a su vez sustentado por éste, así como lo fisiológico ayuda a moldear lo psicológico y éste lo sustenta. El plano existencial es tan real como el intracelular y lo abarca así como también al nivel fisiológico y psicológico. La postura existencial hace que la vida se viva como indiferencia , como descuido o como enajenación; y "no es lo mismo vivir la existencia de refilón que asumirla y cuidar de ella como se pueda..." cuando se integran los tres planos restantes (vethencourt, op.cit.).

Sin embargo hay que aclarar que hay realidades psicológicas pre-existentes que no llegan a la consciencia y por tanto a nivel existencial el hombre sólo puede establecer lejanas inferencias o representarlas con ambiguos símbolos. Si este plano existencial funciona plenamente, los

sufrimientos yoicos son asumidos y relativizados, por lo ético, lo estético, lo espiritual o lo trascendente. Si lo, psicológico es perturbado se conforma un soporte inadecuado para el desarrollo de lo existencial. Si lo existencial falla lo psicológico se perturba y encierra; y finalmente si se comprometen los procesos reguladores a nivel fisiológico o intercelular aparecerán los trastornos intercelulares y psicológicos-existenciales. Es decir, el ser humano es una totalidad en la cual se integran estos cuatro planos, y un desequilibrio en cualquiera de ellos, repercutirá en los demás expresándose a través de somatizaciones en un extremo o en trastornos mentales en el otro.

El estudio del plano psicológico y existencial del cáncer se ha visto plasmado en los estudios del Dr. LeShan (1966) acerca del "patrón emocional en la historia de vida en el paciente neoplásico".Este autor realizó una investigación longitudinal en la cual encontró un patrón de desarrollo que caracterizó en tres etapas:

Etapa I.

Aproximadamente durante los siete primeros años, se dañó en el niño su habilidad para relacionarse.

Frecuentemente esto se acentúa por la contingencia de algún evento, tal como una pérdida de uno de los progenitores o similares.

El niño aprende a sentir que las relaciones emocionales traen dolor y desolación "la soledad es su destino".

La propia explicación del niño que se encuentra en un nivel preverbal, es que él debe tener culpa en esto; es más que resultado de fuerzas accidentales.

Desde un punto de vista superficial el niño llega a ajustarse adecuadamente al medio.

La idea de que las relaciones son peligrosas y que había algo malo en él matizará las relaciones posteriores; por tanto invertirá poca energía en ellas, serán superficiales.

Estas personas se ven como "decentes" o "benignas", con poca agresión para defender lo propio.

En su adolescencia o quizá antes predominaron sentimientos de soledad y desolación.

Etapa II.

Lograron invertir en algún período gran cantidad de energía psíquica y física en una actividad o persona que le dió significado a sus vidas.

Etapa III.

Dicha actividad o relación acaba cincunstancialmente o por muerte o alejamiento. La reacción inmediata varía: unos hacen grandes esfuerzos por encontrar relaciones sustitutivas; tratan de obtener un nuevo empleo, hacer nuevos amigos pero fallan. Otros se desmoronan con el cambio. Desde el punto de vista superficial todos mantienen un ajuste pero en el fondo no encuentran en su vida el significado ni la esperanza.

Parece que lo que siempre habían temido y esperado- desolación y rechazo - ahora sería "eterna". La única salida es dejar de existir.

La fantasía temprana acerca de algo malo en ellos se afianza.

Entre los seis meses a ocho años desde ésta pérdida crucial, comienzan a aparecer los primeros síntomas de cáncer.

Este patrón se encontró en el 72% de los casos con cáncer y en el

10% del grupo cotrol. También en 42 de los 45 pacientes en terapia.

Además en todos los casos, con excepción de tres, estas ideas no eran conscientemente verbalizadas; muchos de ellos han reprimido las emociones conectadas con su rechazo; pero no se ha detectado signos depresivos, al contrario, tienen la misma actividad; tampoco aparecen asociados la megalomanía, homosexualidad, ni signos paranoides.

Este patrón de vida emocional aunque obtenido a través de técnicas clínicas, ha sido comprobado por el mismo LeShan (1966) en la segunda fase de su estudio con métodos no-clínicos; así como también por otros autores en años posteriores hasta la actualidad.

Se han encontrado diferencias significaticas respecto al patrón encontrado por LeShan(1966) en los diferentes grupos de pacientes con diferentes grupos de cáncer, por lo que en adelante las investigaciones controlaron esta variable. En este sentido, ya Reznikoff en 1955 (c.p. LeShan(1966) encontró que la muerte de un familiar cercano durante la niñez estaba asociada a cáncer de seno .

Otra hipótesis derivada de los estudios de LeShan(1966) y que fue más tarde comprobada en aquella segunda fase es que las pacientes con cáncer tienen una pérdida crucial antes de tener los primeros síntomas de un neoplasma.

Gotthard Booth (1965,c.p. LeShan,1964) quien también dió mayor significancia a los hallazgos de LeShan, comprobó a través de un extenso estudio con Rorschach, la inhabilidad que tienen los pacientes con cáncer en el pulmón para adaptarse o encontrar soluciones a los problemas internos, generados a partir de pérdidas importantes y la imposibilidad de sustituir

dichas relaciones. Encontró las siguientes características de personalidad generales en los pacientes con cáncer.

- Autoexpresión sustituída por la desolación respecto a los demás, incluso es desalentada.

- Su actitud hacia el medio ambiente es consistente debido a una fuerte inclinación individualista, así sólo se permite una elección dentro de múltiples (rigidez).

- Las dificultades externas son ignoradas , sin tomar en cuenta la consecuencia de esto para la obtención de logros.

- En cuanto a las relaciones a) sociales, las experimenta como coexistentes a su existencia autónoma; b) sexualmente enfatiza esta autonomía, al compañero se le percibe como un objeto y no como una pareja.

-Las demandas emocionales y sensuales tienden a ignorarse o minimizarse. Predominan las reacciones autodestructivas.

- La autorevelación es evitada con el fin de defenderse ante la involucración con otros.

Estas características se han encontrado presentes en muchos pacientes con cáncer.

Kissen (1962, c.p. Brown,1964) confirmó su hipótesis acerca de que los pacientes con cáncer en el pulmón tienen rasgos de personalidad diferente respecto al resto de la población de fumadores. Estos pacientes tienen una disminuciuón significativa de la salida para la descarga de emociones y tienden a enfrascarse o esconder sus dificultades. Al igual que LeShan (1961, c.p. Brown,1964), encontró que existe en ellos un elemento de desesperación ("síndrome de deseperanza") de un patrón de vida de

desolación y la creencia de que ninguna acción tomada en favor de sí mismo, aliviará esa soledad. También encontró una correlación significativa entre la ausencia de problemas conductuales en la niñez con un bajo puntaje en neuroticismo. Ante esto explica que quizá los pacientes reflejaron una sumisión pasiva en estos primeros momentos de su vida.

Igualmente Berndt y otros (1980,c.p. Eysenck,1986,c.p. Cooper,1986) usando el Inventario de Personalidad de Eysenck (E.P.I.) en pacientes con cáncer de mama y pacientes con cáncer bronquial encontraron en ambos grupos bajos niveles de neuroticismo.

Otro autor Green (1962, c.p. Rosch,1966) expresó que los pacientes con cáncer se presentaban más a menudo en un ambiente de pérdida emocional o separación que producía profundos sentimientos de ansiedad, enfado, tristeza o desesperanza.

Bacon y otros (1952, c.p. Cooper,1986) sugirieron las primeras características de personalidad de los pacientes con cáncer de mama. En una investigación realizada con 40 mujeres evidenciaron seis características conductuales impotantes:

-Estructura de carácter masoquista.

-Sexualidad inhibida.

-Maternidad inhibida.

-Incapacidad de descargar o entenderse apropiadamente con la cólera, agresividad u hostilidad cubierta por una fachada de afabilidad.

-Un conflicto hostil irresuelto con la madre, manejado con rechazo e irrealístico sacrificio.

-Retraso al conseguir el tratamiento.

Paralelamente a estos estudios de la década de los 50 y 60 , el Dr. Rísquez y colaboradores (Rísquez,1976) realizaron un estudio entre los años 1967 y 1969, donde se aplicaron a una muestra de Ss con cáncer una batería de test completa: Psicodiagnóstico de Rorschach,Test Gestáltico Visomotor de L. Bender, el Inventerio de Personalidad de Minesota y otros. Para su corrección se utilizaron varios jueces. Se observó lo siguiente: no había nada que señalase más neurosis, ni más psicosis que en la población general o al compararlos con otros enfermos.

Rísquez (1980) más recientemente, refiriéndose a pacientes con cáncer en el pulmón, señaló que hay muy poca anormalidad psicológica, tanto en la personalidad pre-mórbida como en la post-mórbida en cáncer:

> " Lo que llama la atención al psiquiatra o al psicólogo cuando entra al hospital oncológico, en los cancerosos, es la tranquilidad y la sensatez . pág. 11.
> " Los cancerosos no consultan jamás a los psiquiatras o a los psicólogos, no porque los rechacen, sino porque no tienen necesidad de trabajar sus anormalidades sociales, de lo que se deduce que cualquiera que sea su patología es una psicopatología oculta, que no se mantiene necesariamente, o que por el contrario están dentro de los cánones sociales más apretados. Deben ser más trabajadores más responsables, más exigentes, mejores personas que el resto de la familia" . pág. 12.

Esto último lo han demostrado asumiendo metafóricamente una definición abarcativa de las anteriores características: "el canceroso es el pipote de basura de la familia". Así en la tesis de grado de Luisa Elena Achue Zapata y otras (1978), donde se midieron actitudes de responsabilidad y alejamientos en Ss con cáncer, tumor benigno y alergia, se encontraron diferencias significativas entre estos grupos: las mayores puntuaciones se

encuentran en el grupo de Ss con cáncer, luego en los Ss con tumor benigno y por último se observaron las menores puntuaciones en los Ss con alergia.

En cuanto a la comunicación y expresión de emociones Rísquez (1980) apunta que existe una capacidad de encauzar emociones que los ingleses llaman "self-control" y podría traducirse como agresividad canalizada o emociones polarizadas. En este sentido, se pueden clasificar a las personas en tres categorías:

1) Aquellas que canalizan sus emociones actuando sobre el ambiente, modificándolo o tratando de hacerlo;

2) aquellas que tienen comportamientos neuróticos con reiteración de un comportamiento estereotipado; y

3) aquellas personas que encausan sus emociones cargándolas todas *calladamente* sobre sí mismos. Es en este grupo donde el cáncer hace estragos. "El canceroso, definitivamente carga solo sus emociones negativas..." (Rísquez,1980).

Estas características de los cancerosos respecto a la no expresión de emociones y en general del patrón emocional escrito, juegan un papel muy importante en la aparición de la enfermedad e incluso de su evolución.

Al respecto se ajusta lo que J.L.Vethencourt (1977) ha anotado acerca de la expresión de emociones en general. Señala este autor que en el hombre civilizado la emotividad se ha tornado problemática por dos razones, a saber: a)dificultad cultural de dar rienda suelta a las emociones; y por otro lado b) se le presenta al ser humano una riqueza de matices emocionales y de situaciones excitantes, condicionados por el mundo exigente pero absolutamente ineludible de lo social y normativo. Ambas dificultades se

ven enfatizadas en los pacientes cancerosos por lo que son personas socialmente ajustadas, "decentes", muy responsables, muy amables y muy sacrificadas (Rísquez,1980).

Tales características de personalidad parecen tener su origen en una necesidad de ser querido y estimado mantenida desde la infancia, dada por una mala o superficial relación con sus padres especialmente con la madre. Por lo que el sujeto estará orientado a lo largo de su vida, en buscar la satisfacción de esa necesidad afectiva, llegando a ser así muy reprimido, que no muestra sus sentimientos negativos, sino que por el contrario, se convierte en un ser sacrificado por el bienestar de los demás, dejando a un lado sus propios intereses.(Stavraky 1968, Bahnson 1966, Risquez 1975, c.p. Achue , Ochoa Y Dotti 1980)

Esta mala relación con la madre, es sentida como una pérdida de seguridad, ya que es la madre la responsable de la supervivencia del niño desde su nacimiento. Más adelante, cuando el niño se separa de su madre, esta columna de seguridad pasa a ser sustituida o representada por diversos aspectos dentro de la sociedad, que vendrán a simbolizar la seguridad dada inicialmente por ella. Es precisamente esta sustitución la que no logra hacer el canceroso cuando vivencia alguna pérdida de este tipo, siendo niño o ya como adulto.(Rísquez,1971 c.p. Vera y Palacios 1975).

Vethencourt (1977) señala muy esquemáticamente que en las etapas iniciales, la emoción domina la conducta y en las edades más avanzadas el carácter domina a la emoción. Extrapolando esto al canceroso se puede decir que la emoción que predomina en sus primeros años es la "deseperanza" y desolación" (LeShan,1966) y el carácter es aquel de una persona en extremo

responsable, no agresiva y muy complaciente, que intenta inconscientemente, resguardarse del rechazo de los otros, dejando de ser "ellos mismos" para ser lo que los otros y la sociedad espera que sean (LeShan,1966).

Los individuos como estos se sumergen en un ámbito donde las emociones se mantienen al margen de la conducta explícita.

Hay dos grados en esta situación de contención de emociones:

1) El caso de las emociones contenidas, pero conscientes, que ocurren diariamente y tienen una repercución somática mediata.

2) Las emociones reprimidas e inconscientes, que son las que se tornan realmente patógenas.

Al respecto Vethencourt (1977) señala:

> "No será difícil comprender el mecanismo neuro-endocrino que explica la enfermedad somática cuando el caudal de energía reprimida se hace intenso y sobre todo crónico" (Vethencourt,op.cit.), pág. 67.

Y agrega:

> "Tampoco será difícil comprender que una alteración de las funciones vegetativas normales por la conmoción desequilibrantes de cargas emotivas, traerá una tetanización de ciertas reacciones, una especie de morboso hábito vegetativo, que representa la primera fase de la enfermedad, la fase purmente funcional que no tardará en convertirse en lesión estructural" (Vethencourt, op.cit.) pág. 69.

Cuando aparecen los fenómenos somáticos o psíquicos subjetivos que componen una emoción después de transcurrida la situación vital que la

provocara, cuando no se presentan las habituales emociones que corresponden, transcurridas unas horas la emoción se presenta de manera totalmente anacrónica, como una somatización y carente de un correlato vivencial.

Parece pues, un mecanismo finalista, que por imposibilidad personal o por necesidad vital no se presentó en su momento, pero de todos modos debe ser descargado. (Vethencourt, op.cit.).

Aquí intervienen aspectos que pueden ser sociológicos,es decir, que existen situaciones sociales, históricas o culturales condicionadas, que excitan emocionalmente al hombre y al mismo tiempo se encargan de prohibirle que se desahogue. También influye un mecanismo psicológico, como se dijo antes que puede estar referido a la represión o un tipo de carácter más general.

Dumas (c.p. Vethencourt,1977) señalaba que: "cuando una excitación emotiva no se descarga por vía piramidal lo hace íntegramente por vía neuro-vegetativa y visceral".

Lo anterior se ha demostrado incluso en experimentos citológicos realizados por el Dr. rísquez y López Herrera (1976), donde han encontrado que el sufrimiento psicológico puede ser medido a través del grado de deformación y funcionamiento celular en los pacientes psiquiátricos, cancerosos y otros .

Vethencourt (1977) cuando habla de sufrimiento señala que este a diferencia de la emoción está más arraigado a lo psicofísico y se refiere a aquel sufrimiento moral o anímico o personal que es vital en el ser humano; por tanto se encuentra más corporeizado que la emoción, y más

profundamente relacionado con las células y sus interacciones bioquímicas, con lo endocrino y lo metabólico.

Este autor aclara que existen algunos sufrimientos y emociones que son sinérgicas; pero son aquellas antagónicas los que conducirían a la enfermedad. Entre aquellos que enumera se encuentra los siguientes relacionados con el patrón de vida emocional del canceroso, antes expuesto, por LeShan(1966), confirmado por Rísquez y colaboradores y otros autores: abandono amoroso, fastidio de vivir, decepción sobre sí mismo, culpa irreparable, fracaso, soledad insuperable, pérdidas por muertes de seres queridos, agotamiento de las ilusiones y situaciones que ya no se pueden cambiar . Así el sentimiento de desolación en el canceroso es una característica personal premórbida que condicionará a la enfermedad.

Todo esto se presenta en momentos críticos de la existencia de cada ser humano. Pero el manejo del sufrimiento dependerá de que se esté preparado para afrontar las realidades.

Estos sufrimientos vitales cuando son reprimidos repercutirán de manera menos clara, pero más incidiosa en el cuerpo, que cuando se trata de emociones reprimidas (Vethencourt,1977):

> "...lo que sí no podrá negarse jamás es la concatenación fáctica, desagraciadamente frecuentísima, entre situaciones existenciales difíciles, no bien asumidas en su totalidad y muchas enfermedades somáticas sistémicas,así como también la mucho menos frecuente concatenación entre sufrimientos claramente vividos y enfermedad grave" pág.78 .

En síntesis, se ha encontrado repetidamente a través de todos estos estudios, primero, una evidencia clara de la relación existente entre psique

y enfermedad; en segundo lugar, que la contención o represión de emociones y sentimientos es un condicionante personal muy importante , no sólo para su aparición sino también en el sentido de su evolución y pronóstico; tercero el cáncer es una enfermedad psicosomática y como tal se ha encontrado que quien la padece posee rasgos y formas particulares de enfrentar las situaciones de sufrimiento vitales. A través de pruebas y técnicas para el estudio de la personalidad se ha encontrado la presencia marcada en estos pacientes de represión de emociones; aislamiento; relaciones superficiales con los otros; rigidez; ocultamiento de dificultades personales; sexualidad inhibida; maternidad inhibida; poca agresividad manifiesta; excesiva responsabilidad y por tanto carencia en su mayoría de neuroticismo, megalomanía, homosexualidad y signos paranoides.

ESTRES

Antecedentes.

Hoy en día el concepto de estrés se halla inmerso en casi todos los campos del saber humano; lo encontramos en salud, economía, política, educación, negocios, etc. Ya en el siglo XIV fué usado el término para expresar dureza, tensión, adversidad y aflicción. Para el siglo XIX el concepto es utilizado sistemáticamente en el contexto de la física, al referirse a la tensión o fuerza ejercida sobre un cuerpo. En este mismo siglo la medicina se vale del concepto para referirse a algunos antecedentes de la pérdida de salud. (Hinkle, 1977 c.p. Lazarus y Folkman, 1986).

Walter Cannon (1932) consideró al estrés como la pérdida de la homeostasis del organismo ante situaciones de frío, falta de oxígeno, hambre, etc., dando a entender que ese estado de estrés podía medirse.

Un tiempo después, en 1936 , H. Selye, utiliza el término en un sentido más específico, definiéndolo como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluyendo estímulos psicológicos). A esta reacción él le da el nombre de "Síndrome general de adaptación". El estrés es concebido como un grupo de reacciones orgánicas y no como una demanda ambiental.

Hinkle (1977 c.p. Lazarus y Folkman, 1986), concede un importante papel a H. G. Wolff en la evolución del concepto de estrés. Este autor hace énfasis en el estado dinámico, como producto de la interacción del organismo con su medio. Al enfocar el estrés desde este punto de vista, se toma en cuenta la relación del organismo con su medio, así se corre menor riesgo de caer en una visión incompleta, basada solamente en lo que ocurre dentro del organismo .

El término estrés tuvo sus primeras aplicaciones a raíz de la segunda guerra mundial, cuando los militares comienzan a interesarse por sus efectos sobre el rendimiento en el combate, viendo que éste podía aumentar la vulnerabilidad de los soldados a lesiones o a la muerte y debilitar la acción efectiva (Grinker y Spiegel,1945 c.p. Lazarus y Folkman,1986). Con la guerra de Corea, los estudios estuvieron dirigidos a descubrir el efecto del estrés sobre la secreción hormonal de adrenocorticoides y sobre el rendimiento del individuo. Se buscaba optimizar el rendimiento en situaciones de estrés. Circunstancias similares, como la Guerra de Vietnan, sucesos en los campos de concentración y muchas otras, dieron origen a innumerables investigaciones.

En la década de los sesenta , ya es aceptado el hecho de que el estrés es algo inevitable de la condición humana, pero que no tendrá un efecto por igual en la adaptación lograda por cada hombre. A lo que Lazarus asevera: "Su afrontamiento establece grandes diferencias a la adaptación como resultado final". (1966) c.p. Lazarus y Folkman (op. cit.)

Con este enfoque se abre un nuevo camino de investigaciones centradas en la psicología del estrés, buscándose comprender mejor el mecanismo cognitivo mediador, sin despreciar las reacciones fisiológicas del organismo, ni al entorno en que acontece. Dentro de esta corriente Lazarus y Folkman (op. cit.) consideran que han sido cinco hechos los que han contribuido al creciente interés por el estrés y su afrontamiento:

Uno de estos hechos ha sido la consideración de las diferencias individuales. Es cada vez más evidente su existencia en el momento de responder ante el estrés. Lazarus y Erikson (1952 c.p. Lazarus y Folkman, 1986) estudiaron la relación entre el estrés y el rendimiento, encontrando una variabilidad muy alta: algunos sujetos rendían mucho mejor y otros mucho peor en situaciones de

estrés. Este y otros estudios pusieron de manifiesto que no puede predecirse el rendimiento por simple referencia a los estímulos estresantes y que para poder pronosticar hay que tomar en cuenta los procesos psicológicos responsables de las diferencias individuales en la reacción.

El énfasis en los factores personales, influyó para que se hicieran cambios en las formulaciones del estrés . Se comenzaron a considerar los posibles efectos de las variables moderadoras, así como sus interacciones (Lazarus, Deese y otros, 1952 c.p. Lazarus y Folkman, op. cit)

Como segundo hecho, se tiene la difusión de la medicina psicosomática. Esta difusión ha sido gracias a la escuela psicoanalítica; la que ha mantenido que la no resolución de los conflictos incoscientes puede llegar a ser una de las múltiples causas de la aparición de un trastorno orgánico. Además de que es posible encontrar algún tipo de personalidad asociada a algunos trastornos (R. Bayés, 1985)

Sin embargo, una gran cantidad de hipótesis de este movimiento no han podido ser comprobadas bajo la luz del método científico,por lo que las explicaciones psicoanalíticas han perdido credibilidad, quedando el término psicosomático asociado a causas psicológicas, sin que necesariamente se refieran éstas a conflictos intrapsíquicos.

El tercer acontecimiento que ha influido en el estrés y su afrontamiento, fue el surgimiento de la terapia conductual.En un comienzo tuvo un enfoque marcadamente científico positivista, limitando sus procesos al Condicionamiento Clásico y Operante; enfoque diagonalmente opuesto al pensamiento psicoanalítico. Posteriormente esta orientación se hizo más flexible comenzando a aceptar e integrar el movimiento de terapia cognitiva (por ej. Ellis, 1972; Ellis y Grieger,1977,c.p. Lazarus y Folkman, op. cit.). Este último

centra su atención en la interpretación que el sujeto hace de las experiencias y como responde a partir de ellas.

La Psicología Evolutiva también ha tenido su parte de influencia . En los últimos años ha dirigido su interés a los problemas con los que las personas se enfrentan en cada etapa de la vida y la preocupación por agentes estresantes y el afrontamiento de estos.

Como quinto y último factor que contribuyó al creciente interés por el estrés y su afrontamiento, tenemos la consideración de aspectos ambientales. Son muchos los estudios que conforman la idea de que el estrés en parte depende de las demandas del entorno (Altman y Wohlwill,1977; Stokols, 1977 c.p. Lazarus y Folkman, op.cit.). Así mismo, la limitación de recursos ambientales, de los que depende el afrontamiento, son factores importantes .

Diferentes Aproximaciones al Estrés.

Dada la gran popularidad de que ha sido objeto el término estrés, su significado ha perdido precisión, por lo que se ha considerado conveniente revisar las diferentes posiciones que lo han tomado y aclarar el significado que el término tendrá para este estudio.

Una de las posiciones es la de considerar al estrés como una variable de estímulo. Desde este enfoque J.G. Miller (1953) c.p. Cofer y Appley (1971) lo define como:

"Cualquier estimulación vigorosa o poco común que constituyendo una amenaza, cause algún cambio significativo en la conducta.." pág. 446

Los estímulos estresantes serán acontecimientos con los que toque enfrentarse al individuo, así como también la estimulación originada en el interior de éste ; tal como hambre, apetencia sexual, intoxicación y

demás estimulaciones. (Cofer y Appley, op. cit).

Se han discutido mucho los diferentes criterios que deben ser tomados en cuenta para considerar una estimulación como estresante. Diferentes autores según sus perspectivas han realizado numerosas clasificaciones. Así Lazarus y Cohen (1977) c.p. Lazarus y Folkman (op. cit) , hablan de tres tipos de acontecimientos estresantes: cambios mayores, (cataclismos, terremotos, guerras) que afectan a un gran número de personas; cambios mayores , pero que afectan sólo a una persona o a pocas (enfermedad incapacitante, muerte de un familiar) y en tercer lugar los ajetreos diarios. Con respecto a estos últimos hay que aclarar que no por el hecho de ser los cambios mayores más dramáticos, deben considerarse como más estresantes y nocivos; aceptar esta posición es tener una noción muy limitada del estrés. Estos acontecimientos llenan la vida cotidiana y llegan a ser muy importantes y decisivos en el proceso de adaptación y de conservación de la salud (De Logis, Coyne y otros,1982; Kanner, Shaefer y otros,1981 c.p. Lazarus y Folkman, (op. cit));(Meichenbaum, 1983).

McCrae y Costa (1988), también han considerado ciertas características formales de la situación, que pueden variar su capacidad estresante cualitativa o cuantitativamente. De esta forma se pueden diferenciar situaciones de estimulación estresante aguda de situaciones crónicas, demandando cada situación diferentes respuestas . El grado de control que el individuo tenga de la situación, los requerimientos de la misma, el grado de predicción que se tenga del acontecimiento, son algunas de las características que pueden modificar la capacidad estresante de una situación.

Existen a su vez, esfuerzos por realizar una taxonomía de estímulos estresantes, como la lograda por Elliot y Eisdorfer (1982) c.p Lazarus y Folkman (op. cit). Otros autores tales como Holmes y Masuda (1974), en una posición extrema, consideran que cualquier cambio de estimulación, sea positivo o negativo, puede tener un efecto estresante (c.p. Lazarus y Folkman,op. cit.).

Sin embargo, sin negar la utilidad de tales taxonomías, no deben ser olvidadas las diferencias individuales de vulnerabilidad ante los estímulos. Cofer y Appley (1971) reconocen la importancia de este aspecto al afirmar :

> ".....Un estímulo no sólo debe ser de una intensidad dada para alertar la ansiedad, y de una determinada intensidad para alertar el *stress* , sino que también debe ser de un tipo determinado para una persona determinada, y relacionado con su particular perfil de vulnerabilidad".pág 455.

Un segundo enfoque, al conceptualizar el estrés, generalmente dentro del campo de la medicina y la biología, es aquel que lo considera como una variable de respuesta. Dentro de esta posición Wolff (1953) c.p. Hinkle (1973) define al estrés como:

> "...aquel estado que se produce en un ser viviente, como resultado de la interacción del organismo con estímulos. ...es un estado dinámico del organismo, no un estímulo, ataque, carga, símbolo, peso, ni aspecto alguno del entorno interno,externo, social o de cualquier otra clase."pag 31.

H. Selye, quién ha realizado extensos estudios sobre el estrés, también se encuentra dentro de este enfoque del estrés como respuesta.

Ahora bien, puede observarse que al definir el estrés a través de la respuesta, hay que buscar la situación que antecede para comprobar si es

una respuesta estresante o no; así por ejemplo si se toma la frecuencia cardíaca de un individuo después de trotar, se puede deducir que está estresado, cuando por el contrario puede sentirse psicológicamente relajado. Igualmente si el estrés es definido como un estímulo, hay que esperar la respuesta del sujeto para probar si fue estresante o no.

En resumen, el estímulo debe producir una respuesta particular para ser considerado como estresante y la respuesta hacer referencia al estímulo que la produjo para poder ser considerada como estresante. Así, puede observarse que, ambos planteamientos, el estrés como estímulo y el estrés como respuesta, son circulares. (Lazarus y Folkman, Op. cit).

El tercer y último punto de vista, que será adoptado por este estudio, acerca del concepto de estrés, va a considerar al término como una relación entre el estímulo y la respuesta y no como un estímulo o una respuesta. De manera tal que, para que se de el estrés, es necesaria la presencia de diversos factores en el individuo y en el entorno, así como la relación entre ellos. Esto se hace evidente al observar la gran variabilidad de las respuestas individuales, ante situaciones consideradas generalmente como estresantes. Por tanto, lo que es estresante para unos, en un momento dado, puede no serlo para otros.

Se considera inadecuado continuar conceptualizando el estrés de forma objetiva, haciendo referencia únicamente a las condiciones ambientales, sin tener en cuenta las características del individuo. De esta manera, Lazarus y Folkman (1986) proponen adoptar una perspectiva relacional y definen el estrés así:

" El estrés psicológico es una relación particular entre el

individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante en sus recursos y que pone en peligro su bienestar". pág 43

Por tanto el modo de interpretar una situación y el comportamiento que se tenga ante ésta, son los factores que pueden crear, mantener o incrementar la tensión. Los acontecimientos por ellos mismos no son los que determinan la naturaleza del estrés (Meichenbaum,1983).

Al tratar el estrés, se hace necesario la consideración del concepto de evaluación cognitiva. Este aspecto de cada persona estará influenciado por la sensibilidad y vulnerabilidad ante los diferentes estímulos por lo que la percepción de ellos se verá inmersa en diferentes significados y así luego , en las más diversas reacciones.

Evaluación cognitiva del estres.

Mediante el concepto de evaluación cognitiva , el psicólogo R. Lazarus ha definido el proceso por el cual un individuo examina las demandas y restricciones de cada situación, de las opciones posibles y los recursos para enfrentarla. Esta evaluación va a determinar la percepción del estrés. Así, este concepto ayuda a entender las diferencias observadas en las personas ante situaciones similares, se destaca de esta manera , una vez más el significado subjetivo de cada situación (Murray, 1938).

Dentro del campo de la psicología, este planteamiento ha sido ampliamente sostenido por numerosos teóricos; entre ellos Lewin1936; Magnusson y Endler, 1977; Rotter, 1954 ; Sarason,1977 , y otros. Todos ellos han afirmado que la situación debe considerarse en base al significado que tenga para cada individuo. Shakespeare , ya lo había

reconocido y elocuentemente expresado en su obra Hamlet "No hay nada bueno ni malo en sí mismo, es nuestro pensamiento quien lo transforma" (acto II, escena 2 , verso 259).

En los estudios dentro del campo de la psicofisiología, cada vez es más aceptada la importancia de la valoración cognitiva, como un elemento determinante en la aparición del estrés, así lo confirman Lewin y su colaboradores (1978) c.p. Lazarus y Folkman (1986) al decir:

> "..... . Parece ser que no es sólo el estímulo y el entorno físico *per se* los que determinan la respuesta fisiológica, sino la evaluación que hace el individuo de tales estímulos. Esto puede considerarse como un filtro o como un mecanismo de discriminación. Así, si el organismo evalúa la situación como amenazadora e incierta,entrará en un estado en el que el nivel de activación será permanentemente alto. Sin embargo, si por el contrario, la evalúa como segura y se siente capaz de dominarla, la respuesta fisiológica disminuirá y desaparecerá, aún cuando la situación haya sido en si misma extremadamente peligrosa." pag 55.

Más específicamente, Mason (1976) c.p. Lazarus y Folkman (1986), ha apoyado el hecho de que la respuesta hormonal ante condiciones estresantes y estimuladoras es específica , así escribe:

> "Parece (.....) que el estado hormonal final es el resultado de un equilibrio entre fuerzas (.....) , así, como los múltiples factores que intervienen ,incluido los estados afectivos, la organización defensiva, el rol social desempeñado por el sujeto y las experiencias pasadas y factores evolutivos y actividades actuales; todo ello puede evaluarse desde una perspectiva psicodinámica aplicada de forma individual a cada sujeto." pág. 53

Frankenhaeuser (1980) c.p. Lazarus y Folkman (1986), dentro de esta misma línea de pensamiento observa:

> " Las tareas que significan un reto, pero que son

controlables, pueden representar un esfuerzo pero no generan distorsión. A nivel fisiológico esto significa que la secreción de catecolaminas aumentará mientras que la secreción de cortisol puede resultar suprimida de forma activa". pág 54

Así, es conocido que las concentraciones de corticoesteroides puede resultar perjudicial para el organismo ya que estas hormonas entran en ciertos elementos del aparato inmunológico, y esto puede dejar al individuo vulnerable a la acción de virus oncógenos latentes, células cancerosas u otros procesos patológicos latentes, que son mantenidos bajo control por un aparato inmunológico intacto. (Riley,1981 c. p. Cooper,1986)

Este mismo autor, sugiere en sus estudios , que el afrontamiento, ante la situación estresante, es un factor principal en la modelación de la respuesta fisiológica, así los procesos psicológicos distintos afectarán la respuesta fisiológica de forma también distinta.

Aspectos de la Evaluación Cognitiva.

Lazarus y Folkman (op. cit) al explicar el proceso de evaluación cognitiva, distinguen dos aspectos valorativos básicos: La evaluación primaria y la evaluación secundaria. La primaria consiste en juicios automáticos por parte del sujeto, donde éste se pregunta : "¿Esta situación me perjudica, me trae problemas? " ; y en caso de la secundaria el cuestionamiento de la persona va dirigido a buscar las posibles acciones para solucionar el problema, preguntándose: "¿Qué puedo hacer ante esta situación?" ; también realizada de forma automática.

Dentro de la evaluación primaria se reconocen tres tipos : 1)

irrelevante, 2) Benigna positiva y 3) Estresante. Esta última, se desarrollará por ser la más pertinente al estudio.Dicha evaluación comprende las evaluaciones que significan daño o pérdida, desafío o amenaza.

Daño o pérdida: son aquellas donde el individuo siente haber recibido algún perjuicio en su autoestima, bienestar físico y /o social .

Amenaza: Se consideran aquellos daños o pérdidas que aunque no hallan ocurrido se preveen. Son amenazas por las consecuencias negativas que se esperan de ellos, lo que despertará emociones igualmente negativas, tales como miedo, ansiedad, mal humor, etc.

Desafío: Al igual que en la amenaza el hecho se prevee, pero a diferencia de ésta, en el desafío la valoración que se hace de las fuerzas con que se cuentan para vencer en el afrontamiento es positiva , por lo que las emociones que genera son más placenteras; así como excitación, regocijo e impaciencia.

En ambos casos, en la amenaza y en el desafío , se da una movilización de estrategias de afrontamiento para entendérselas con la situación estresora. Además, estas evaluaciones, aunque diferentes entre sí , por sus componentes cognitivos y afectivos, pueden darse simultánemente, o bien pueden cambiar a lo largo de la misma situación; en un principio un acontecimiento puede ser evaluado como amenazante y luego puede pasar a considerársele como desafiante, como consecuencia de los esfuerzos cognitivos de afrontamiento.

La evaluación cognitiva por tanto, hará que se den diferentes respuestas psicológicas al estrés; así, se tiene el ejemplo de personas para las que los acontecimientos significan un reto, es muy probable que

estos sujetos dispongan de una calidad de funcionamiento más elevada, ventajas en moral y buena salud, que aquellas para las que cualquier hecho resulta amenazante. Las personas que se sienten desafiadas más que amenazadas en su autoevaluación se perciben y sienten más confiadas, menos afectadas emocionalmente y con mayor facilidad de desarrollar recursos adecuados. (Lazarus y Folkman, op. cit)

Existe evidencia empírica, aunque escasa, de que las diferencias de evaluación situacional van acompañadas de cambios diferenciales a nivel fisiológico . Algunas evidencias las han presentado Frankenhaeuser (1980 c.p. Bayés), Schlegal, wellwood y otros (1980 c.p. Lazarus y Folkman, 1986).

De esta manera puede afirmarse que la forma de evaluar y encarar un acontecimiento sea como amenaza, desafío o pérdida, determinará el grado de reacción de estrés (Meichembaum,1983).

La evaluación secundaria, es aquella dirigida a determinar que es lo que puede hacerse dentro de un acontecimiento estresante, no sólo como el reconocimiento de los recursos con que se cuentan y que pueden aplicarse a la situación, sino además como un complejo proceso evaluativo de las estrategias de afrontamiento que se consideren seguras para salir con beneficios de la situación.

Lazarus y Folkman (op. cit) establecen que ambos tipos de evaluación, la primaria y la secundaria, interactúan entre si para determinar el grado de estrés y la calidad e intensidad de la respuesta emocional . Estos autores han recopilado numerosas pruebas, donde se demuestra el papel mediador de la evaluación en las reacciones de estrés.

Entre estos estudios están el de Geen y otros (1974 c.p. Lazarus y Folkman, 1986.). En el experimento se expusieron a un grupo de sujetos ante una película de contenido agresivo (boxeador pegando brutalmente a otro), se manipularon las variables cognitivas del grupo experimental, recordándoles que la pelea era fingida, que el agredido realmente no sufría daños. Los resultados comprobaron que la película fue evaluada como menos violenta por los Ss a quienes se les había inducido la estrategia de negación y distanciamiento; además tales estrategias ayudaron a los Ss a disminuir la ansiedad por la propia agresión sentida.

Otra serie de estudios realizada por Holmes y otros (i974, 1975, 1977 c.p. Lazarus y Folkman,1986), donde conceptualizaban la evaluación como una redefinición de la situación o reeevaluación; por medio de la manipulación de la evaluación, comprobaron, que los Ss que usaron la redefinición y el aislamiento mostraron menores incrementos de respuesta ante el estrés respecto al estado basal del control, en contraste con aquellos que no utilizaron estas estrategias de afrontamiento.

En un extenso progama de investigación llevado a cabo por Lazarus y otros c.p. Lazarus y Folkman (op. cit) , se utilizaron películas que mostraban a otros Ss en situaciones muy difíciles o estresantes; por ej. mutilaciones accidentales. En cada estudio del programa se controlaron los trastornos subjetivos, como también las respuestas fisiológicas (conductancia de la piel y frecuencia cardíaca). Utilizando cuatro métodos de estudio diferentes llegaron a valiosas conclusiones; pudieron comprobar que influenciando la evaluación cognitiva, antes de presentar la película, era posible afectar tanto los niveles de respuesta

fisiológica como de respuesta al estrés. (Folkins, Lwson y otros , 1964).

Dentro de esta programación de estudios, Spiesman (1964) , también estudió la evaluación cognitiva como variable dependiente de las diferencias individuales. Para ello eligió Ss en base a su personalidad, comprobando que en la manipulación orintada a la negación, por ej. tenía mejores resultados en personalidades con tendencia a ello.

Estos y otros extensos estudios demostraron que los procesos de evaluación cognitiva mediaron los niveles de repuesta al estrés y sirvieron también para identificar características de personalidad y situacionales de las que depende el estrés.

En resumen, las informaciones aportadas por numerosas investigaciones apoyan la idea de que la evaluación que el sujeto hace de los acontecimientos estresantes influye en gran medida sobre la reacción emocional y sobre el proceso de afrontamiento.

Por otra parte, es importante aclarar que la evaluación cognitiva que ha sido planteada, está determinada por datos de los que el individuo no tiene conciencia, es decir , no se considera esta como un proceso puramente consciente, racional y voluntario ; por ej. la percepción de una amenaza puede darse sin que el sujeto tenga claro los objetivos y valores implicados en la situación. Esta evaluación automática o falta de conciencia, puede ser el resultado de la operación de mecanismos de defensa o bien puede ser resultado de una operación de procesos defensivos (Lazarus, 1966, 1982, 1984, c.p. Lasarus y Folkman,1986). De esta manera, esta posición, permite integrar el concepto de evaluación con las teorías psicoanalíticas, reconociendo los aspectos irracionales e

inconscientes que encierran todo proceso evaluativo.

Influencias situacionales y personales.

En toda evaluación cognitiva, existe una situación que valorar con características particulares, menor o mayormente determinantes y un sujeto evaluador , con valores, disposiciones personales, objetivos y demás características idiosincráticas. El grado en que una situación resulte estresante, vendrá determinado por la confluencia de factores personales y situacionales (Meichenbaum, 1983).

El peso de la variable situacional, en la evaluación vendrá determinado por las diferentes propiedades formales que la distingan. Así se pueden discriminar en una situación diferentes elementos que la hagan más o menos estresante para el individuo. Algunos de estos elementos son mencionados por McCrae , (1988) y otros por Lazarus y Folkman,(1986) . Estos pueden ser:

La Novedad: esta característica no simplemente por su presencia determinará que una situación sea considerada estresante; pero, si la inferencia que el sujeto hace para evaluar la situación es muy grande, posiblemente experimentará un grado de incertidumbre y de amenaza; igualmente esto ocurrirá si el acontecimiento está asociado con alguna experiencia análoga, estresante del pasado.

La Incertidumbre: se da cuando la sitación no posee los elementos informativos que le permitan al sujeto predecir de una forma probabilística la ocurrencia de un acontecimiento. Hunter (1979) c.p. Lazarus y Folkman (op.cit), afirma sobre la base de sus estudios, que uno de los efectos más desadaptativos que tiene el estado de

incertidumbre es la inmoviliazción de procesos anticipatorios de afrontamiento, lo que eleva aún más el estado de estrés.

La Cronicidad: algunos acontecimientos estresantes son crónicos, como los problemas maritales, una larga enfermedad; algunos otros son agudos tal como un robo,muerte repentina de un familiar etc. ; aunque esta división en muchos casos puede ser irreal, ya que un individuo pude experimentar un acontecimiento de ocurrencia repentina como crónico por los efectos a largo plazo que puede tener para él; sin embargo es considerada esta característica formal por las muchos implicaciones que tiene para la evaluación y reevaluación, y el efecto diferencial que trae al encararse un acontecimiento estresante.

La Evidencia: se refiere esta característica situacional al conocimiento que se tenga del momento en que ocurrirá el evento estresante. Se ha comprobado (Monat,1972 c.p. Lazarus y Folkman,op.cit), que el desconocimiento de la aparición del estímulo ansiógeno era un factor altamente estresante, ya que no permite una evaluación completa de la situación y así la imposibilidad de plantearse estrategias de afrontamiento.

La Ambigüedad: se considera ambigua la situación cuando la información necesaria para la evaluación es poco clara o imprecisa por lo que el sujeto no podrá predecir las demandas que va a originar el afrontamiento. En este tipo de situaciones es cuando tendrán mayor influencia los factores personales, ya que el sujeto inferirá los significados en base a sus disposiciones personales, creencias y experiencias.

Existen muchos otros factores formales inherentes a la situación,

siempre matizados por el sujeto interpretador, que determinarán la evaluación y así las estraregias de afrontamiento que el sujeto asumirá en su adaptación ; como son la cronología de los eventos de vida (Neugarten,1968,1977,1979, c.p. Lazarus y Folkman op.cit); La severidad y controlabilidad (McCrae, 1988); La inminencia (Breznitz,1967,1971; Nomikos y otros,1968 c.p. Lazarus y Folkman,op. cit).

En la otra parte de la balanza evaluativa se tienen las variables personales. La investigación reciente,frecuentemente basada en modelos psicodinámicos de defensa, ha asumido tipicamente que el afrontamiento refleja estilos consistentes de respuesta frente al estrés ; y así por tanto la evaluación que precede al afrontaminto (Mc Crae , 1988). Siguiendo esta línea, por su parte Hann (1977) c.p. McCrae (1988) define la personalidad como :

" . . . La organización fundamental y persistente de estrategias (de afrontamiento Y defensa) que las personas utilizan para regular varios aspectos de sí mismo. " pág. 17

McCrae (1984) estudió las influencias disposicionales, las que pueden verse en la estabilidad de la conducta de los sujetos a través del tiempo y de la situación. Este autor realizó investigaciones que apoyan la evidencia de la estabilidad y consistencia del afrontamiento a través del tiempo. Estas investigaciones serán mencionadas en el apartado correspondiente a afrontamiento.

Lazarus y Folkman (op.cit.) han planteado las creencias y los compromisos como factores personales que influyen en la evaluación. Las creencias son definidas como nociones pre-existentes de la realidad,

configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente. (Wrubel,1981 c.p. Lazarus y Folkman, op.cit.)

Lazarus (op.cit) las ha categorizado en dos amplios grupos: las creencias sobre el control personal y las creencias existenciales. Las primeras tienen que ver con la sensación de dominio y confianza en sí mismo. Así se desprende la hipótesis de que las personas confiadas en su poder de dominio o, por el contrario desconfiadas de sí mismas , determinará que la evaluación del entorno resulte desafiante o amenazante,respectivamente.

Este autor , a su vez clasifica las creencias como generales y específicas; así por ejemplo existen creencias generales de control como lo constituye el locus de control, conceptualizado por Rotter (1966), pudiendo predominar en una persona un locus de control externo (las consecuencias no dependen de los actos propios sino de factores externos) , o por el contrario un locus de control interno (las consecuencias percibidas son producto de los actos propios) . Las creencias específicas, por otra parte son aquellas que se dan en el contacto inmediato con el contexto, donde se evaluarán tanto los recursos personales como los situacionales.

Todo tipo de creencias , sean reales o ilusorias , influirán en la forma de evaluar y afrontar una situación y por tanto la sensación personal de control o descontrol determiarán el grado de estrés.

Luego se tienen las creencias existenciales,estas creencias son las que ayudan al individuo a encontrar significado a la vida y a mantener las esperanzas y fuerzas para luchar en situaciones difíciles; ejemplos de estas creencias pueden ser la fé en Dios, la creencia en fuerzas

superiores, etc. Igualmente este tipo de creencias van a ser factores determinantes en la percepción, en la evaluación que se haga de los acontecimientos y en como se encaren.

Por otra parte, los compromisos, expresión de lo que es importante para el individuo, de aquello que lo motiva a acercarse o a apartarse de una situación, influirá en la vulnerabilidad individual. Es decir, a mayor nivel de compromiso mantenido con una situación, el sujeto será más vulnerable al estrés en contacto con esa situación , sucediendo lo contrario cuando el nivel de compromiso es bajo. Así el compromiso mantenido por un individuo con un acontecimiento dado, será otro elemento determinante en la evaluación individual.

En resumen, debe destacarse que tanto los factores personales como los situacionales contribuyen en la evaluación, que son factores interdependientes y ambos deben ser considerados en el estudio del estrés (Lazarus Y Folkman, 1986)

Sin embargo, si se busca el peso de cada factor en la evaluación y afrontamiento, se puede ver que el peso de la disposición personal juega un importante papel. Se ha comprobado que los efectos situacionales se muestran pequeños en comparación con los efectos disposicionales.

McCrae (1988) en su artículo "Determinantes situacionales del afrontamiento", asevera que los efectos situacionales tienden a ser pequeños en magnitud, particularmente en comparación con los efectos disposicionales, los que reflejan la consistencia transituacional del individuo.

En otros estudios, que serán mencionados más adelante en el apartado de afrontamiento, se sugiere que el componente disposicional

es importante y debe ser tomado en cuenta al estudiar y revisar las formas en que los diferentes sujetos se aproximan y enfrentan con una situación que puede ser estresante.

Por medio de la percepción, proceso interpretativo evaluativo (Cofer y Appley, 1971), el individuo coloca un prisma entre él y el entorno, y es a través de éste que recibe las experiencias, por lo que no podrán significar lo mismo para todos los sujetos. En cada percepción individual intervienen valores, actitudes, rasgos, expectativas, predisposiciones personales y por su puesto sin descartar la realidad donde se desenvuelve cada persona.

AFRONTAMIENTO

En el proceso de afrontamiento al igual que en la evaluación cognitiva, se ha comprobado a través de diferentes investigaciones (McCrae y Costa,1986), que las variables personales guardan una estrecha relación con los modos de afrontamiento y tienen un gran peso en la elección de la estrategia a seguir en comparación con las variables situacionales.

Antecedentes

Tradicionalmente el concepto de afrontamiento ha sido tratado por dos corrientes distintas la experimentación animal y la psicología analítica del yo. Dentro de la experimentación animal se ha definido el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto el grado de perturbación psicofisiológica producida por estas, insistiéndose principalmente en la conducta de huída y de evitación (Lazarus y Folkman, 1986).

Esta tendencia ha aportado muy poco al conocimiento humano, ya que no trata, ni parece ser de su interés, el afrontamiento cognitivo ni los mecanismos de defensa.

Por otro lado la corriente psicoanalítica del yo, se relaciona sobre todo con la cognición, y define el afrontamiento como "un conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por tanto reducen el estrés". Este concepto de afrontamiento se ha relacionado tipicamente con el éxito adaptativo, donde los fracasos y las estrategias no realmente efectivas reciben el nombre de mecanismos de

defensa. Dentro de este modelo, con una perspectiva estática-estructural, el afrontamiento ha sido considerado como un rasgo, en lugar de un proceso. Se ha intentado clasificar a los individuos para poder predecir la forma en que afrontarán algunos o todos los acontecimientos estresantes. Este planteamiento es incompleto, ya que, no sólo no toma en cuenta las situaciones donde se produce el acontecimiento estresante , sino que al considerar el afrontamiento estructuralmente los parámetros elegidos para medirlo no son buenos predictores de los procesos reales y subestiman la variabilidad de las formas con que el individuo afronta las situaciones reales (Lazarus y Folkman, 1986)

Al afirmar que el afrontamiento es un proceso y que por lo tanto es dinámico, y no es un rasgo, no se niega su estabilidad, se acepta que la persona pueda tener mayores inclinaciones por determinadas estrategias de afrontamiento a lo largo del tiempo; como lo han podido comprobar Gorzynski y otros (1980) c.p. Lazarus y Folkman (op. cit) ; por medio de un estudio retest después de diez años. Otros estudios de Kobasa (1979) c.p. Lazarus y Folkman (op.cit) también han sugerido la persistencia del afrontamiento.

Por otra parte, el afrontamiento además debe diferenciarse de las conductas automatizadas, las cuales no son producto de un esfuerzo por parte del sujeto. Existen actos que comienzan realizándose con esfuerzo y concentración y terminan siendo conductas automáticas productos del aprendizaje y la práctica. Muchas de estas conductas automáticas adaptativas son tomadas como modos de afrontamiento, simplemente porque están al servicio de la adaptación; sin embargo no deben ser

consideradas de esta forma, ya que de lo contrario deberíamos llamar a todas las acciones de la vida diaria conductas de afrontamiento.

Murphy (1974) c.p. Lazarus y Folkman (1986) considera también el afrontamiento como un proceso que requiere esfuerzo y hace una diferenciación adicional entre éste y los recursos adaptativos automáticos, como los reflejos. Considera a estos últimos recursos como filogenéticamente más primitivos, colocados en el extremo de una escala continua, que tiene en su centro los esfuerzos de afrontamiento y en el otro extremo un dominio completo y automatizado.

Finalmente , Lazarus y Folkman (op.cit) al revisar el concepto de afrontamiento, destacan lo contaminado que se encuentra de los valores occidentales, referidos al individualismo y al dominio ; también se ha visto matizado por el impacto de la teoría de Darwin; por lo que estas definiciones tiende a confundir el dominio del entorno con el tipo de afrontamiento ideal. Es decir, es considerado como equivalente a la actuación efectiva para la solución de problemas. No es que se niegue el valor que tiene el dominio del entorno en el afrontamiento, sino que en la vida no todas las fuentes de estrés son suceptibles de ser controladas. Al insistir en la función adaptativa y dominio de la situación, se le resta valor a otras funciones del afrontamiento relacionadas con las emociones, mantenimiento de la propia estima y de una imagen positiva en situaciones irremediables (Meichenbaum, 1983)

El afrontamiento es por definición una respueta ante situaciones estresantes y a pesar de que los modos de afrontamiento son casi de aplicabilidad universal, las conductas necesarias para manejarse con un problema particular están determinadas por la naturaleza de la

interacción con la situación.

En la mayoría de los casos, hay modos alternativos para manejar los estresores, y los individuos parecen tomar decisiones basadas en preferencias personales, así como también en los requerimientos de la situación (McCrae, 1988)

Concretamente, Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como :

> " Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo " pág 164

Esta definición salva las limitaciones anteriormente expuestas de los plantemientos tradicionales. Ya que primero: es un planteamiento orientado a considerar el afrontamiento como proceso en lugar de como rasgo. Segundo: implica una diferenciación respecto a la conducta adaptativa automatizada, al limitar el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de individuo donde se requiere esfuerzo para encararlas. Tercero: el afrontamiento se define independientemente de los resultados o consecuencias que se tengan de éste. Cuarto: al utilizar la palabra "manejar" se evita equiparar el afrontamiento con el dominio del entorno.

Afrontamiento como Proceso.

Según Lazarus y Folkman, (op.cit) el enfoque del afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales:

Primero: hace referencia a observaciones y valoraciones

relacionadas con lo que el individuo *realmente* piensa en oposición a lo que éste generalmente hace o haría (lo que implicaría rasgo).

Segundo: esto que piensa y hace el individuo es analizado dentro de un *contexto específico* ; es decir para entender el afrontamiento y cómo evaluarlo necesitamos saber qué es lo que el individuo afronta.

Tercero: hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Un ejemplo de esto lo constituye la duración de un duelo, donde se pueden observar los cambios a largo plazo que tienen lugar desde el momento de la pérdida.

El afrontamiento debe ser comprendido como un proceso dinámico; este dinamismo será producto de las constantes evaluaciones y reevaluaciones que realiza el individuo en su relación con el entorno. También esos cambios pueden ir dándose de los esfuerzos de afrontamiento del sujeto dirigidos al exterior o al interior, modificando así el significado que tiene el acontecimiento para el sujeto o aumentando su comprensión.

Sin embargo, la concepción de afrontamiento como proceso no debe llevar a considerárselo en término de etapas, puesto que implicaría una secuencia invariable sin tomar en cuenta las variaciones que pueden darse en las diferentes personas en las distintas situaciones estresantes e incluso en una misma situación. Esto no sugiere que el proceso de afrontamiento no incluya etapas, sino que debemos tener en cuenta que tales etapas no deben ser consideradas como invariables en su secuencia , tiempo y afrontamiento (Lazarus y Folkman, (1986).

En el caso específico del cáncer, Mendelsohn (1979) c.p. Lazarus Y

Folkman,(op. cit.) ha observado cambios desde el descubrimiento inicial del síntoma y el diagnóstico hasta las etapas finales, cuando la enfermedad o bien progresa o bien parece detenerse. Este autor observó también grandes variaciones individuales tanto en la forma de evaluar la importancia de la enfermedad como en la forma de afrontarla:" Cada paciente afronta un particular grupo de circunstancias dentro del contexto de su historia personal única" pág. 169. . . . y para entender la importancia de la enfermedad es preciso situarla dentro de la biografía del individuo.

Funciones del Afrontamiento.

En esta conceptualización del afrontamiento se incluye más que la resolución de un problema y su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones. Existe una diferenciación básica al considerar las funciones del afrontamiento planteada por Lazarus y Folkman (op.cit.), la diferencia que hay entre el afrontamiento dirigido a manejar o alterar un problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional, que es originada por el problema.

Generalmente las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para cambiar las condiciones amenazantes, perjudiciales o desafiantes del entorno.

Por otro lado las formas de afrontamiento para encarar el problema son más suceptibles de aparecer cuando las condiciones resultan evaluadas como suceptibles de cambio.

El afrontamiento dirigido al problema y el dirigido a la emoción se

influyen el uno al otro y ambos pueden potenciarse , sobrelaparse e interferirse.

Sin embargo, es importante aclarar que dichas estrategias dirigidas al problema depende de los tipos de problema a afrontar a diferencia de aquellas dirigidas a la emoción que involucran el problema. Estas últimas pueden modificar la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente. Esto implica que a la hora de hacer comparaciones transituacionales con aquellas dirigidas al problema, será más difícil que al hacerlas con aquellas estrategias dirigidas a la emoción.

Como ejemplos de estrategias dirigidas a la emoción se tienen la evitación, minimización, distanciamiento, comparaciones positivas, extracción de valores positivos de acontecimientos negativos, realización fantaseosa y otros modos análogos. En el afrontamiento dirigido al problema se encuentran que las estrategias son parecidas a las utililizadas en la resolución de éste; ejemplos de este tipo puden ser la búsqueda de información, planteamiento de nuevas altenativas, establecer prioridades , analizar el problema más a fondo, etc.

Modos de Afrontamiento.

Existen conductas de afrontamiento que se correlacionan entre sí , es decir, que guardan aspectos en común o que pueden estar dirigidas a un mismo objetivo. Diferentes autores se han preocupado por agrupar a estas diferentes reacciones en categorías definidas.

Las personas al enfrentarse con una situación estresante suelen utilizar diferentes estrategias para reducir sus efectos negativos. Según

Bayés(1985), quien es un estudioso de la psicología del cáncer, las estrategias más comúnmente utilizadas, por este tipo de pacientes en general han sido las siguientes:

1)Buscar Información.

2)Buscar Apoyo y Confortación.

3)Atribución.

4)Acción Impulsiva.

5)Evitar Confrontaciones.

6)Afrontamiento Activo.

Buscar Información se refiere a las diferentes formas que puede adoptar la búsqueda de datos o significado de términos en algún texto o preguntando directamente a las personas con conocimientos sobre la situación. Es una buena manera de combatir la incertidumbre. La falta de información por parte del paciente,sobre su enfermedad le hacía sentirse con menos control sobre su propia vida (Bayés,1985).

En el caso del cáncer, Cain y otros(1986) a partir de su estudio acerca de "los beneficios psicosociales brindados por grupo de apoyo en pacientes cancerosos" ,han sugerido que estos pacientes que reciben mayor información y clarificación acerca de su enfermedad la afrontan más efectivamente. El Dr. Victor Gilbertsen, director del centro de detección de cáncer de la universidad de Minesota ha dicho que a los pacientes que se les ha dado mucha información acerca de su enfermedad los ha ayudado a entender su enfermedad y a planificar su cuidado médico, lo que según los pacientes les producía "paz mental". **(1985)**

La Búsqueda de Apoyo y Confortación además de ser muy recomedable

para manejar situaciones difíciles, sirve de apoyo a otras conductas de afrontamiento. Esto porque, los otros individuos proporcionan los medios para que el sujeto exprese sus sentimientos, para que encuentre el significado positivo que la situación difícil pueden tener y también porque los demás personas pueden ser proporcionadores de información útil, con el fin de que se planteen objetivos realistas (Meichenbaum,1983). Shelley Taylor y otros (1986) en su estudio sobre "El efecto en los individuos cancerosos del soporte social y de grupos similares a ellos", encontraron que el soporte social (familia,amigos,trabajo,etc) constituían una fuente de amortiguación ante los efectos del estrés o habilitaba al individuo para afrontar el estrés más efectivamente cuando éste se encontraba a altos niveles. Weisman(1975, c.p. Taylor y otros,1986) ha indicado que el apoyo social en el momento del diagnóstico está asociado con menor estrés emocional y mayor tiempo de vida.

La Atribución también sirve para disminuir la incertidumbre y aumentar la sensación de control sobre los acontecimientos. Consiste en asignar efectos negativos a causas concretas. El Dr. Morton Bard y Dejek(1986) encontraron que los pacientes cancerosos con cirugías mayores explicaban su enfermedad por diversas causas: agravios,exceso de trabajo,privaciones tempanas en sus vidas, preocupación por familiares enfermos y niños; otros enfatizaban en la manera en que ellos habían abusado de su salud, comiendo, fumando, tomando laxantes,etc.; otro grupo se lo atribuían a la mala suerte, a castigos por haber hecho algo malo; y algunos a un factor constitucional.

Acción Impulsiva se refiere a las manifestaciones emocionales suscitadas después de un hecho traumático. Suele reducir los sentimientos

negativos y descargar la tensión. Se expresa a través de ira o desconsuelo, gritos, gemidos y llanto (Bayés, 1985). Sin necesidad de recurrir a la acción impulsiva, se puede incluir en esta categoría la expresión de cualquier tipo de emoción. Expresar emociones no quiere decir ponerse a gritar ni ser agresivo con los demás, sino usar las formas aceptables de expresar lo que sentimos (Meichenbaum, 1983) .En el caso de los cancerosos este es un elemento clave a seguir dentro de una terapia psicológica . Cain y otros (1986) en su estudio :" Beneficios psicosociales de un grupo de apoyo para cáncer" encontraron que las mujeres con cáncer vaginal a diferencia del grupo control mejoraron significativamente llegando hasta la fase de remisión de la enfermedad. En este grupo de psicoterapia se hizo espacial hincapié en la expresión de emociones y problemas personales. Como se ha dicho en el apartado de personalidad , la inhibición de emociones es una característica típica de la personalidad cancerosa. Ya desde 1960 el Dr. Bard (c.p. Waxenberg,1964) al proporcionar algunas indicaciones para tratar a los pacientes sugería especialmente que estos últimos expresaran sus sentimientos; que indicaran lo que necesitaban; y que tuvieran la posibilidad de quejarse. Blumer y Cool (c.p. Vethencourt,1977) notaron que los pacientes con cáncer terminal ,que mostraban una fachada de calma tenían corta vida. Existe mucha evidencia de que una buena fortaleza del Yo y la habilidad para expresar impulsos básicos y afectos de una manera modulada y adaptativa son aspectos psicológicos relacionados con una buena resistencia a la enfermedad. Por otra parte, Meichenbaum (1983) le da importancia al humor como una estrategia de afrontamiento dentro de la expresión de emociones. Al referirse al aprendizaje de autoayuda para superar el estrés, observa que tener la capacidad de "reirse de uno mismo" o tomar con humor nuestros

problemas es una forma de relajarse y disfrutar mejor de las cosas. Lefcourt y Martin (1986, c.p. Masten, 1987) en su libro "Humor y Vida Estresante: antídoto para la adversidad" , concluyeron que el humor modera los efectos de los eventos de vida estresantes sobre los estados de ánimo consecuentes. El humor sirve como una estrategia de afrontamiento o como un factor de protección que reduce los efectos del estrés en la enfermedad y promueve la salud y el bienestar.

Evitar Confrontaciones, consiste en tomar una actitud distanciada y pasiva ante las situaciones; y por un rechazo a reflexionar o sentirse implicado en los problemas que la misma plantea. Se busca la evitación de sentimientos negativos de manera de proteger la autoestima (Bayés,1985). La evitación del problema en un principio puede ser un recurso válido para calmar el estrés que la situación produce, sin embargo, si esta conducta se extiende a largo plazo ,la incertidumbre ante el desconocimiento de lo que acontecerá elevará nuevamente los niveles de estrés y tal actitud, no permitirá la evaluación racional del problema y de esta manera la búsqueda de soluciones efectivas. En el caso de personas afectadas de cáncer, esta estrategia no les permitirá la evaluación médica a tiempo y por tanto una prevención temprana (Romsaas y otros ,1986).

Por el contrario el afrontamiento activo, consiste en asumir una actitud constructiva para encontrar soluciones a los problemas. Esta estrategia busca básicamente el control a través de un pensamiento racional. Es este tipo de afrontamiento el que constituye el objetivo de una psicoterapia en estos pacientes con cáncer. Con él enfrentarán mejor sus relaciones interpersonales, su tratamiento y se volcarán hacia actividades libres (Cain y otros, 1986).

Además de estas estrategias planteadas por Bayés, mayormente utilizadas en el área clínica, existen otras derivadas del "Ways of Coping Questionary" (W.C.Q.)

Así en la investigación dirigida por Joan de Pablo y colaboradores de la Unidad de Psicología Médica de la Universidad de Barcelona, España, denominada: "Afrontamiento del estrés asociado a exámenes universitarios" (1989), fue enmarcada dentro del ámbito teórico sobre estrategias de afrontamiento orientado por R. Lazarus y S. Folkman. Joan de Pablo y colaboradores utilizaron, así mismo, una versión perfeccionada del cuestionario W. C. C. de Modos de Afrontamiento, presentado por Lazarus y Folkman en su publicación de 1984, con el fin de estimar los diversos modos de afrontamiento en 265 estudiantes de medicina. Dicha versión estaba compuesta, según el objetivo del estudio, por 50 items, divididos en ocho escalas, que reflejan los siguientes modos de afrontamiento:

-Confrontación: Describe esfuerzos enérgicos dirigidos a modificar la situación y sugiere cierto grado de hostilidad y riesgo.

-Distanciamiento: Describe esfuerzos cognitivos para separarse del problema y minimizar su importancia.

-Autocontrol: Describe esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.

-Búsqueda de Apoyo Social: Describe esfuerzos para buscar apoyo emocional y material.

-Aceptación de Responsabilidad: Reconocimiento del papel que juega el sujeto en el problema. Incluye un matiz de culpabilidad y autocrítica.

-Evitación: Describe pensamientos y Conductas dirigidos a escapar

del problema.

-Planificación: Describe esfuerzos deliverados dirigidos a preparar soluciones en la situación.

-Reevaluación Positiva: Describe esfurzos dirigidos a valorar los aspectos del problema.

Además de estimar los modos de afrontamiento se evaluó la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo por medio del cuestionario S.T.A.I. (Spielberger y cols.,1970), versión validada en España (T.E.A., 1982), con el fin de apreciar la relación de la ansiedad como variable dependiente y de los modos de afrontamiento como variable independiente. A partir de este estudio se obtuvieron las siguientes conclusiones:

-Se encontraron diferencias significativas (p=.001) en los modos de afrontamiento entre los dos sexos, específicamente en las escalas de autocontrol y búsqueda de apoyo social, punteando los hombres más alto en la primera y las mujeres más alto en la segunda.

A partir de estos datos los autores confirman que el W.C.Q. es capaz de discriminar las estrategias utilizadas por los diferentes subgrupos.

-El segundo conjunto de resultados, obtenidos a partir de un análisis de regresión mútiple sugieren que las estrategias de afrontamiento tienen un peso importante en la aparición de ansiedad asociada a un acontecimiento importante. Las estrategías de evitación se vieron asociadas con niveles altos de ansiedad. El distanciamiento se asoció negativamente con la ansiedad, lo que implica que a mayor distanciamiento menor ansiedad; y por último las estragías de aceptación del problema se asociaron también a elevada ansiedad, dado el grado de mayor implicación en el problema.

En síntesis a partir de éstos resultados concluyeron que existe una

relación entre los modos de afrontamiento y la ansiedad asociada a los acontecimientos estresantes.

Existen otro tipo de conductas de afrontamiento que no son clasificables en una categoría general pero que son también frecuentemente usadas, a saber: la sedación, que consiste en el consumo de drogas, alcohol, etc; la creencia en un Dios o la fé religiosa; ejercios físicos o deportes; la comparación social y otras estrategias.

Ahora bien, cabría preguntarse de dónde surge la necesidad de todos los autores por el estudio de diversos modos de afrontamiento, siendo este último fenómeno, en su naturaleza, orientado hacia dos tendencias básicas, como son: Una Instrumental o dirigida a solventar el problema; y otra Paliativa o dirigida a lograr el control de la emoción (Lazarus y Folkman,1986). La respuesta ante esto ha sido el lograr una diferenciación y explicación más fina de este proceso, tan complejo y tan amplio en los diferentes contextos donde se da. De aquí la relevancia que tiene su planteamiento teórico y estimación para la presente investigación.

Variables que Intervienen en el Afrontamiento.

Como se ha mencionado anteriormente, la evaluación cognitiva posee un efecto determinante en los modos de afrontamiento. La evidencia demuestra que los procesos relacionados con la evaluación modelan la reacción del individuo ante las diferentes situaciones. La respuesta emocional es en efecto específica del significado evaluado. En esta evaluación intervienen factores tanto personales como situacionales. La conjugación e interacción de dichos factores harán que el sujeto perciba la situación como daño o pérdida, como amenaza o como desafío.

En el momento específico del afrontamiento, que sigue a la evaluación, donde se da la interacción del sujeto y el entorno, confluyen entre otras cosas , la personalidad del sujeto, sus creencias, valores, recursos materiales, salud, apoyo social y las variables de la situación como la controlabilidad del evento, la cronicidad, la novedad, la predictibilidad de la ocurencia del suceso, etc. ; lo que llevará al sujeto a elegir una conducta de afrontamiento específica.

McCrae (1988) usando el modelo de Golding (1975), le fue posible evaluar el porcentaje de la varianza atribuible a la persona y a la situación; encontrando las siguientes proporciones:

_ Varianza atribuible al factor personal: 27%

_ Varianza atribuible al factor situacional: 3%

Este autor, en el mismo estudio, usó el modelo de Endler (1966) c.p. *McCrae (1988) , y encontró:*

_ Varianza atribuible al factor personal:13%

_ Varianza atribuible al factor situacional: 2%

_ Varianza atribuible a la interacción de ambos factores: 11%

Folkman y Lazarus (1980) c.p. McCrae (1988), midieron las respuestas de afrontamiento ante una serie de estresores de ocurrencia natural en la vida diaria, concluyendo que en su totalidad los patrones de afrontamiento no estaban mayormente determinados por factores disposicionales. Sin embargo evidencias recientes recopiladas por McCrae(1988),destacan las influencias disposicionales sobre el afrontamiento.

En un estudio dirigido por el mismo McCrae (1984) c.p. McCrae (1988), se midieron las correlaciones entre el uso de mecanismos de

afrontamiento: para manejar las pérdidas vs. las amenazas, las pérdidas vs. los desafíos y las amenazas vs. los desafios. Se obtuvieron 81 coeficientes de consistencia transituacional que variaban de - 0,01 hasta 0,59 con un promedio de 0,29; el 83% de estos coeficientes fueron significativos. Los tres conjuntos de correlaciones fueron más o menos similares lo que sugiere la estabilidad diferencial para los diferentes mecanismos. La mayor consistencia transituacional fue la de la sedación, fé, fantasía escapista y reacción hostil ; tres de los cuales pertenecen al afrontamiento neurótico. Los mecanismos menos consistentes fueron la dejadés, la evaluación de culpa, el aislamiento afectivo y la evitación. Estos mecanismos parecen estar más relacionados con los efectos específicos de la situación.

De esta forma, se sugiere, que los factores personales deben de influir de manera notable para que se pueda dar en el afrontamiento la consistencia transituacional y la estabilidad en el tiempo de las estrategias que el S emplea para entenderselas con la situación, lo cual no le resta importancia a los efectos que puedan tener las variables situacionales.

Otra aproximación a la consistencia, examina la estabilidad temporal de los mecanismos de afrontamiento. Ante el hecho de que las respuestas de afrontamiento tienen una base disposicional, debería ser predecible el tipo de afrontamiento en un período largo de tiempo. Con el fin de responder a este planteaminto se realizaron estudios longitudinales de 7 años ,a partir de 1980, donde se examinaron correlaciones retest para 113 Ss del primer estudio y 78 Ss para el segundo estudio (utilizando una versión corta del cuestionario de Lazarus). En ambos estudios el tipo de evento a considerar era el mismo , a pesar de que los eventos específicos eran diferentes. De las 54 correlaciones retest , 35 fueron significativas

(65%). Estas correlaciones iban de -,10 a 0,60. Otra vez los mecanismos neuróticos fueron los más estables. Estos mostraban correlaciones retest de 0,51 , en el primer estudio y 0,55 en el segundo, ambos con una p. < 0,001 (McCrae,1988).

A pesar de que estas correlaciones son sustancialmente más bajas que aquellas vistas tipicamente en las disposiciones de personalidad (Costa y McCrae, 1986), estas sugieren una consistencia moderada y disposición duradera para el afrontamiento.

Perrez y Reicherts (1988) c.p. McCrae (1988) registraron las conductas de afrontamiento durante e inmediatamente después del episodio estresante, de 60 Ss. suizos, en cuarenta eventos diferentes y en un período de cuatro a cinco semanas. Los datos obtenidos en el estudio sugieren que hay patrones importantes de afrontar que podrían ser designados como estilos de afrontar.

Carver, Scheier y otros (en preparación) c.p. McCrae(1988) crearon una nueva medida de afrontamiento llamada orientaciones de afrontamiento ante los problemas experimentados, en versión tanto disposicional como situacional,con catorce categorias. Todos los mecanismos, menos tres mostraron acuerdo significativo en la muestra de Ss. (117).

Parece que los cuestionamientos de cómo la gente actúa nos da cierto *insiht* acerca de cómo esta misma gente actuará en instancias específicas. (McCrae, 1988).

Finalmente hay evidencia de que por lo menos alguna de la consistencia y estabilidad de la respuesta de afrontamiento son debidas a las inluencias de rasgos de personalidad.

Las dimensiones de personalidad como neuroticismo , apertura a la

experiencia y extraversión, medida por autorreportes y evaluaciones de los esposos y familiares, dentro del inventario de personalidad NEO (Costa y McCrae, 1986), fueron sistematicamente relacionados con mecanismos de afrontamiento,en ambos estudios de 1980. (Costa y McCrae, 1986)

El neuroticismo estaba asociado con el uso incrementado de la reacción hostil, fantasía escapista, autoculpabilidad, sedación, desesperanza, pensamiento desiderativo e indecisión. La extraversión estaba asociada con el uso de la acción racional, pensamientos positivos, sustitución y retraimiento. Los individuos abiertos a la experiencia usaban con mayor probabilidad el humor para menejar el estrés y los cerrados a la experiencia usaban con mayor probabilidad la fé. En parte por lo menos, la consistencia del afrontamiento parece reflejar un consistencia de personalidad en general.

Incluso Lazarus y Folkman (1986) quienes abogan por un afrontamiento más específico en la interacción del individuo con el acontecimiento estresante; no niegan la estabilidad del afrontamiento , ni tampoco que el individuo no tenga preferencias por estrategias determinadas largo plazo, lo cual apoya los argumentos anteriores.

Epstein (1977) c.p. Lazarus y Folkman (1986), igualmente se inclina por las variables personales al decir:

> "Pocos argumentarían en contra de la afirmación de que, para las personas normales, el determinante principal de la felicidad *momentánea* es la situación específica en la que se encuentra.[. . . .]. Pero, con el tiempo los pequeños pero persistentes efectos de los rasgos personales emergen como fuente sistemática de variación en la felicidad mientras que los determinantes de la situación que varían más o menos de forma azarosa tienden a perder valor."pág.217

Afrontamiento y Enfermedad.

El afrontamiento tiene una importancia fundamental en la adaptación del hombre ya que la calidad de vida, la salud mental y física van a depender, en gran parte, de las formas constantes que un hombre tenga de evaluar y afrontar los acontecimientos estresantes. Esto no quiere decir que el estrés sea concebido como algo intrínsecamente perjudicial. Selye (1974, c.p. Lazarus y Folkman, 1986) ha distinguido dos términos relacionados con el estrés: eustrés o estrés positivo y Distrés o estrés negativo. Este último si no es afrontado por el individuo adecuadamente tendrá consecuencias sobre su salud. En relación a esto J. L. Vethencourt señala:

"Una persona puede enfermar por estrés y otra puede enfermar por el hecho de rehuir sistemáticamente todo estrés, a lo que es lo mismo, por carencia de estrés". pág. 84.

Los factores mediadores tales como las características personales y los elementos de la situación misma juegan un papel importante en la evaluación que se haga del acontecimiento y por tanto en el afrontamiento de éste.

Por ejemplo, Lipowsnki (1971,c.p. Lazarus y Folkman,1986) describió dos categorías de afrontamiento que reflejaban las experiencias previas y las creencias del enfermo:

Si el paciente veía la enfermedad como desafío, sus estrategias de afrontamiento tendían a ser activas y adaptativas. La enfermedad se verá como otra situación de la vida y las actitudes y modo de afrontamiento serán más flexibles y razonables.

En cambio, si la enfermedad es vista como una amenaza o enemigo

las consecuencias emocionales tenderán a ser el miedo, la ansiedad, el mal humor y esto hará que el sujeto se sienta indefeso o atacado, lo que hará que tienda a huir del problema, a rendirse , y en algunos casos a negar y asumir una actitud pasiva.

Por otra parte, Vethencourt (1977), señaló que la enfermedad tiene diferentes significados para el paciente: la enfermedad como accidente; como destino; como complicación; como expresión; como solución; como sustitución del eros; como acomodo; y como sentido. Cada uno de estos significados conducirá a diferentes formas de encarar el padecimiento.

Es ampliamente aceptado que el estrés, la emoción asociada a éste y su manejo son factores causales de la enfermedad somática . Ahora bien existe una diatriba al considerar la relación entre estos componentes, planteándose una relación general, según la cual, la susceptibilidad del organismo a las enfermedades está asociada a un estado constante de excitación; y por otro lado se propone la existencia de una relación específica entre una emoción particular, una determinada reacción fisiológica y la aparición de una enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986). Hay que aclarar que todo lo anterior no está haciendo referencia a cómo las personas afrontan la enfermedad sino más bien a las distintas vías por las que las formas de afrontar los acontecimientos de la vida diaria llegan a afectar a la salud.

No obstante, se han realizado investigaciones donde el papel del afrontamiento se ha relacionado con la adaptación del sujeto y el estado ánimo ante la enfermedad. Especificamente, B. Felton y T. Reverson, (1984) en su estudio "Afrontamiento en enfermedades crónicas: un estudio acerca de la controlabilidad de la enfermedad y la influencia de

estratégias de afrontamiento sobre la adaptación psicológica". Concluyeron a partir de su análisis que :

- Las estrategias de afrontamiento (utilizaron únicamente búsqueda de información y realización fantasiosa) , particularmente las de realización fantasiosa, estaban relacionadas con el ajuste psicológico. Por otra parte, la búsqueda de información presentó una relación directa con el ajuste psicológico del paciente.

- Otro aspecto encontrado es que el poder explicativo del afrontamiento no se incrementa al considerar el grado de controlabilidad de la enfermedad. Por otra parte, contrariamente a lo esperado, la realización fantaseosa resultó positiva en aquellos pacientes cuyas energías, si bien no estaban colocadas en caminos más constructivos, podían mejorar la salud. Así mismo la búsqueda de información tampoco era más ventajosa en aquellos Ss cuya enfermedad era más controlable. La influencia positiva de la busqueda de información fué uniforme para todo tipo de enfermedad, así como también la influencia negativa de la solución fantaseosa.

En general estos autores llegan a la coclusión de que el afrontamiento es importante para lograr cambios en el ajuste psicológico, pero no a un nivel absoluto de ajuste psicológico.

Ahora bien, cabe preguntarse cómo ese afrontamiento ante la vida diaria, afecta en forma negativa la salud de la persona. Lazarus y Folkman (op. cit.) se plantean tres posibles respuestas: la primera, el afrontamiento puede afectar la frecuencia, intensidad, duración y formas de las reacción fisiológicas al estrés. Esto ocurre dejando de prevenir las condiciones ambientales nocivas, descuidando la regulación

de la perturbación emocional que aparecen frente a eventos estresantes y también por medio de un estilo de vida que puediera tener un patrón de afrontamiento en sí mismo perjudicial. En el caso de las personas que enferman de cáncer se ha encontrado, como se dijo anteriormente, un estilo de vida característico que entre otros determinantes condicionan un tipo nocivo de afrontamiento y así un inadecuado manejo del estrés.

La segunda respuesta , es que el afrontamiento cuando incluye el uso excesivo de sedantes, alcohol, drogas, cigarrillo,etc. como maneras de reducir el estrés, puede tener efectos nocivos en el organismo aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad.

Tercero, existen formas de afrontamiento que aunque dirigidas a la emoción y aliviadoras de ésta, pueden impedir que se den conductas adaptativas, razonables para el bienestar de la persona. Por ejemplo, el caso de un sujeto que intente negar su enfermedad para no sentirse angustiado, pueden impedir conductas activas para la curación de su enfermedad. Sin embargo, en situaciones no controlables como por ejemplo una enfermedad crónica, el uso de modos de afrontamiento paleativos o enfocados a la emoción - generalmente considerados inadecuados por las teorías psicológicas - tienen un efecto positivo para la adaptación psicológica. (Lazarus y Folkman, 1986; Mechanic, 1974; White, 1974; Felton, B. y Reverson,T. ,1984)

Existen numerosos estudios que evidencian la relación entre el afrontamiento y la salud. Aldrich y Mendkoff (1963, c.p. Lazarus y Folkman, 1986) en su estudio sugieren en forma concluyente que la forma en que las personas de edad avanzada afrontan la experiencia de pasar de una situación a otra influye en el grado de mortalidad.

Así mismo Weisman y Worden (1975, c.p. Lazarus y Folkman, 1986) en su estudio con pacientes cancerosos terminales observaron un tasa de supervivencia más baja en aquellos pacientes que respondían con retraimiento, alienación y depresión y una tasa más alta de supervivencia para aquellos que mantuvieron relaciones sociales con amigos y parientes.

ESTRÉS, CANCER Y AFRONTAMIENTO.

En este orden de ideas y relacionado con el objetivo de la presente investigación, se ha encontrado a través de numerosas investigaciones, un patrón de vida emocional, así como también un conjunto de rasgos y actitudes típicas de los pacientes con cáncer en general.

Existe considerable evidencia que muestra que el estrés puede influir significativamente sobre la suceptibilidad y resistencia al cáncer, así como sobre el curso de la enfermedad.

Brammer y Newberry (1981) en sus experimentos con animales en laboratorio, observaron la estrecha relación entre el estrés y la formación y desarrollo del carcinoma.

Sin embargo, la relación planteada entre el estrés y el cáncer no debe entenderse como causal, existen muchas evidencias de una relación pero sin que halla sido probada, ya que es muy difícil cuantificar el estrés y a su vez el tiempo preciso de la aparición del tejido neoplásico. (Cooper,1986). Además debe quedar claro que la aparición del cáncer no depende de un único factor; es un fenómeno complejo de una etiología multifactorial. Son muchos los elementos que se conjugan e integran en la génesis de la neoplásia; posiblemente se requiere la integración de varios factores en una compleja combinación de secuencias, intensidades , tiempos de exposición y estados bioquímicos particulares. (Bayés,1985; Rísquez,1980; Palacios,1975).

Así, se estudia al estrés como un elemento de mucha importancia y estrechamente relacionado con el cáncer, pero haciendo una extracción artificial dentro de la constelación de factores prediponentes de esta

compleja enfermedad.

Son numerosas las investigaciones que arrojan evidencias de los considerables efectos del estrés en la aparición y desarrollo del cáncer. Ya Pavlov en sus investigaciones había advertido que los perros sometidos a un estrés riguroso, tenían un marcado aumento de cáncer en los órganos internos.

Riley (1975 c.p. Cooper, 1986) realizó estudios con una cepa de ratones, caracterizada por formar tumores mamarios de forma espontánea, en condiciones de laboratorio, entre los 8 y 18 meses de nacidas. Consiguió modificar la incidencia de los tumores , aislando a los ratones del estrés ambiental. Pudo descender la incidencia de 92% en condiciones no controladas hasta un 7%, protegiendo a los ratones de los factores detectables de estrés ambiental.

En otro trabajo en la escuela de medicina de la universidad de Stanford, estudiaron los efectos del estrés producido por choques eléctricos, sobre la evolución de tumores inducidos, observando un aumento notable de los tumores, inmediatamente después de la aplicación de los choques eléctricos . En este mismo estudio se hizo evidente el comportamiento antagonista y luchador de un grupo de hembras ratones, en las cuales los tumores se apreciaron mucho más pequeños que en el resto del grupo. (Salomon, 1969 c.p. C.Cooper,1986) . Estos mismos efectos han sido observados en seres humanos, teniendo un mejor pronóstico aquellas personas con un comportamiento activo agresivo.

Aquí en Venezuela,López Herrera y Rísquez (1971), en su trabajo titulado "Psiquiatría y Cáncer, un nuevo enfoque basado en el estudio del sufrimiento " , idearon un modo para medir los efectos del estrés, a lo que

ellos llamaron sufrimiento, por medio de estudios citológicos. En dicho estudio demostraron que las células pueden indicar el grado de sufrimiento acumulado por una persona. Ellos usaron la siguiente clasificación citológica, después de obtenida células teñidas de la mucosa bucal:

I - Células normales con coloración uniforme, (células características del feto normal).

II - Células débilmente teñidas, rosadas o incoloras, (Células características del ser humano normal)

III- Células Hipercromáticas de color rojo vivo o vino tinto, mostrando muchas de ellas hipercromatismo nuclear y en ocasiones núcleos grandes e irregulares.

IV - Células hipercromáticas de color violeta intenso casi negro,con núcleos dificilmente identificables, con tendencia a confluir en grupos de células.

Los autores pudieron observar que el sufrimiento en los seres humanos correspondía a diferentes cuadros picnóticos celulares. También al contrastar en diferentes enfermedades, vieron que se correspondían a diferentes picnosis; así por ejemplo en la alergia las células tendian a ubicarse siempre en los grupos II Y III y en el cáncer la citología mostraba una tendencia a los grupos III y IV.

Ya anteriormente a este estudio López Herrera (1956), había comprobado, en un grupo de ratas, el efecto que tiene una condición estresante (ruido de sirena) en el estado normal celular.

Al revisar los diferentes estudios sobre las relaciones existentes entre estrés y cáncer, no queda duda de la relación que los une . El enfoque adoptado por este estudio lo expresa muy bien Sklar y Anismar (1981) c.p.

Bayés,(1985) :

> " Nuestro punto de vista no es que el estrés sea la causa del cáncer sino más bien que el estrés, con profundos efectos sobre el funcionamiento fisiológico, puede influir en el curso de la enfermedad neoplásica. El efecto del estrés se traduce en cambios biológicos compensatorios para hacer frente a las demandas a que se ve sometido el organismo. Sin embargo, la movilización de recursos y su potencial agotamiento incapacita en alguna medida al organismo para luchar con eficacia con las células cancerosas. Dada la relación existente entre los sistemas neuroquímicos , hormonal e inmunitario, una perturbación en cualquiera de estos procesos podría incrementar ostensiblemente la proliferación de células cancerosas. " pág.61

La influencia del estrés, no sólo se presenta en el curso de la enfermedad, sino también en su aparición (Cooper,1986).

Sustentada la relación entre estrés y cáncer cabe preguntarse ahora ¿Cómo se dan tales efectos en el organismo ?, ¿Cómo son los efectos en la aparición de la enfermedad? Encontrándose la respuesta en dos mecanismos internos como los más importantes en el crecimiento del tejido neoplásico. Estos son los factores hormonales y la competencia inmunológica del individuo, jugando un papel muy importante el sistema nervioso central en el control de estos procesos.(Cooper, 1986). Ambos sistemas están estrechamente vinculados con el estrés; los cambios en los procesos responsables de estos sistemas generalmente son medidos para demostrar el efecto del estrés (Bayés, 1985; Lazarus y Folkman, 1986; C.Cooper,1986)

Sobre la base del sistema inmunitario se ha establecido la " Teoría de la vigilancia inmunológica", la cual establece que el cáncer sería consecuencia de un fallo en este sistema, ya que éste en condiciones normales reconoce los elementos extraños y células malignas _ las que

parecen desarrollarse intermitentemente en cualquier órgano del cuerpo _ ,destruyéndolas a través de anticuerpos y células especializadas, como los linfocitos T (Bayés,1985). Así, Filiponich (1983)c.p. C.Cooper,(1986) afirma que las enfermedades con inmunodeficiencia primaria confieren un riesgo de malignidad cien veces mayor que el observado en la población general.

A pesar de que se encontraron evidencias que contradecian la "Teoría de la vigilancia inmunológica " ; como las de Cairns,1978; Doll y Kinlen, 1970, c.p. C.Cooper,1986), quienes observaron que en pacientes cancerosos,el sistema inmunológico funcionaba normalmente ;y los estudios de Salomon (1982) c.p. Bayés, (1985) quien encontró que ratones geneticamente incapaces de producir linfocitos T, no presentaban una incidencia mayor de cáncer en comparación con ratones de otras cepas; no se pudo demostrar lo contrario a dicha teoría, ya que posteriormente se descubrieron, en la cepa de ratones incapaces de producir linfocitos T, unos linfocitos producidos por la médula ósea, llamados linfocitos NK (natural killers), cuya función es destruir toda célula transformada (Bayés,1985; Cooper,1986). Por otra parte, como fundamento de lo encontrado, E. Klein c.p. Fridman (1982) c.p. Bayés (1985), han observado la ausencia de actividad de los linfocitos NK en el 47% de los enfermos cancerosos.

Los hallazgos del estudio realizado por estudiantes de medicina de la Universidad de Ohio (Kiecott, Glaser y otros, 1983 c.p. Cooper,1986), apoyan los efectos del estrés en el sistema inmunológico. Midieron el estrés social por medio de las escalas de Holmes y Rahe y de la UCLA. Encontraron que el grupo con alto estrés- alta soledad tenía el más

bajo nivel de las células destructoras, observándose lo contrario en el grupo de bajo estrés- baja soledad.

Los efectos del estrés sobre el timo, glándula productora de los linfocitos T, ya habían sido comprobados por los trabajos realizados por Selye (Cofer y Appley, op.cit.)

Los efectos del estrés sobre los factores hormonales también han sido señalados. Así se conoce que las hormonas adrenocorticoides, segregadas en significantes cantidades en los momentos de estrés, interfieren con el sistema inmunitario del organismo para producir anticuerpos (.Cooper,1986). Riley (1981) c.p. Cooper,(1986) afirmó, sobre la base de sus estudios, que el estrés es uno de los elementos mayormentes responsable de las producciones sustanciales de corticoesteroides, adrenales y otras hormonas.

Como ya se ha mencionado en el apartado de Evaluación Cognitiva del Estrés, de este estudio , muchas de las reacciones psicológicas a acontecimientos estimulantes, van acompañadas de reacciones fisiológicas específicas , de este modo Frankenhaeuser (1979) c.p Lazarus y Folkman,1986 y Bayés,1985) ha demostrado que las respuestas fisiológicas al estrés varía en función de los factores fisiológicos como la percepción de controlabilidad de la situación estresante. Sus estudios evidencian que a cada reacción psicológica se debe corresponder una reacción fisilógica específica. Por su parte Mason y sus colaboradores (1976) c.p. Lazarus y Folkman (op.cit.) también han fundamentado la idea de que cada emoción _mal humor , ira, miedo, etc., _ tiene su propia respuesta hormonal. Estos argumentos están basados en experimentos con animales y seres humanos.

Ya acertadamente Rísquez (1975) había dicho, en acuerdo con lo anterior, que existe cuatro emociones básicas en todo ser humano: el dolor, el miedo, la rabia y el amor , tres negativas y una sola positiva. Si se aplicara amor sobre el cerebro indudablemente, los factores neuropsíquicos que saldrían de allí serían amorosos; pero si se aplicarán en el cerebro odio o desolación , miedo o dolor indiscutiblemente que algo iba a pasar en el organismo de lo que todavía no se conocía bien, pero que tenía que ser algo que no podía concluir en un buen provecho.

Hallazgos experimentales de Adler y Cohen (1981) c.p. Cooper (1986) aportan datos experimentales de los efectos de la conducta sobre el riesgo de cáncer. Estos autores condicionaron la respuesta de inmunosupresión en animales de laboratorio. Asociaron la sacarina con inyecciones de un compuesto inmunosupresor; luego con la simple presentación de la sacarina se producía una respuesta de inmunosupresión inmediata.

Sobre la base de los diferentes estudios realizados sobre el estrés no queda duda de la relevancia de éste factor y de sus efectos sobre los procesos inmunitarios y endocrinos . Se hacen evidentes las propiedades potenciales profundas sobre la suceptibilidad a la malignidad y sobre su curso.

Ahora bien, es importante señalar que el simple aumento de las experiencia con estresores no implica un riesgo de cáncer ,no todas las personas que se han encontrado expuestas a estimulaciones carcinógenas contraen o desarrollan un cáncer. Aún más, se ha observado que no todos los pacientes diagnosticados de cáncer, aproximadamente en la misma fase de evolución y recibiendo un tratamiento similar,

responden de la misma forma, existiendo una marcada variabilidad en sus respuestas. En casos extremos se ha visto una remisión espontánea de la enfermedad en ausencia de tratamiento (Boyd,1966; Evenson y Cole,1966; Stoll, 1979 c.p. Bayés,1985).

Lo que expresa esa marcada variabillidad son, una vez más las diferencias individuales. Pasteur después de muchos años de dicusión con Claude Bernand, quién siempre le dió mucha importancia al equilibrio del medio interno, reconoció en su lecho de muerte : "Bernand tiene razón, la semilla no es nada el terreno lo es todo." c.p. Bayés,op.cit.). pág. 56.

La diferencia de vulnerabilidad observada ante el estrés y en cierta medida, en consecuencia, al cáncer, encuentra una explicación satisfactoria en las varibles psicológicas del individuo y así en su historia particular de vida. (Bayés,1985; Cooper,1986). En el cáncer como una compleja enfermedad se deben reconocer la importancia moduladora de las variables psicológicas en la aparición y desarrollo de la misma. Los datos disponibles evidencian cada vez más que dentro de las variables psicológicas los modos de afrontar las situaciones estresantes se encuentran muy asocidas con la incidencia del cáncer (Beieliauskas,1983,c.p. Bayés). Sklar y Anisman (1979) c.p. Cooper (1986) , dentro del contexto del cáncer, han planteado que no es la simple presencia del estresor en sí , sino más bien la capacidad de vérselas con éste, lo que determinará su efecto nocivo o no para el individuo.

Por tanto, no deben de dejar de tratarse los aspectos psicológicos en la génesis y evolución del cáncer y el gran efecto mediador que ellos

METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al revisar la bibliografía e investigaciones acerca de la personalidad del paciente canceroso, se ha querido estudiar el aspecto conductual o comportamental ante el manejo del estrés, ya que este último constituye un factor muy importante dentro de la multicausalidad de esta enfermedad. Conforme a lo anterior se ha planteado el siguiente problema de investigación:

¿Existen diferencias significativas en los modos de afrontamiento ante el estrés, estimados por la escala "Ways of Coping Checklist" (W.C.C.), adaptada, entre un grupo de Ss femeninos con edades comprendidas entre 20 y 65 años, con diagnóstico de cáncer mamario, a los cuales está asociado un tipo de personalidad, y un grupo sin diagnóstico de cáncer ?

PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS

Hipótesis General:

Existen diferencias significativas en cuanto a los modos de afrontamiento ante el estrés, estimados a través de la escala W.C.C., adaptada, entre los Ss con cáncer de mama, a los cuales está asociada un tipo de personalidad, y el grupo de no cáncer.

Hipótesis Específicas:

- Existen diferencias significativas en las puntuaciones totales obtenidas en la escala de W.C.C., adaptada, en los Ss con cáncer de mama, a los cuales está asociada un tipo de personalidad, en comparación al grupo de no cáncer.

• Existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las subescalas obtenidas a partir de la escala W.C.C., adaptada, entre los Ss con cáncer de mama, a los cuales está asociada un tipo de personalidad y los Ss no cancerosos.

Dado que este es un estudio de naturaleza ex post facto, las hipótesis planteadas son utilizadas con el fin de darle direccionalidad explicativa a los datos y no para su comprobación.

METODO

I. Sujetos.

Población:

Está constituída por un conjunto de pacientes de sexo femenino, con edades comprendidas entre 20 a 65 años, enfermas de cáncer mamario y no enfermas de cáncer, que asisten a las siguientes instituciones médicas: Instituto Oncológico Luis Razetti (I.O.L.R.), Hospital Padre Machado (H.P.M.), Hospital Dr. Domingo Luciani (H.D.D.L.), Hospital Pérez de León (H.P.L.), Hospital Pérez Carreño (H.P.C.), Hospital Universitario de Caracas (H.U.C.) y Hospital Militar de Caracas (H.M.C.).

Se eligió esta población por lo siguiente:

1. Se buscó sólo instituciones públicas para obtener una muestra homogénea en cuanto a nivel socio-económico, esperando fuese mayormente Bajo.

2. Fue en estos hospitales donde se logró a través de médicos y psicólogos conocidos su accesibilidad, aún cuando una huelga de médicos retardó y dificultó la realización del estudio.

Tipo de Muestreo:

Autoseleccionada en grupos para comparación no equivalentes, no probabilístico e incidental.

Autoseleccionada en grupos para comparación, porque los Ss que conformaban cada uno de los dos grupos se encontraban ubicados previamente en ellos de acuerdo al diagnóstico de cáncer y no cáncer, lo que a su vez hace que sea no probabilístico, porque los elementos de la población no tienen la misma probabilidad de ser elementos de la muestra , lo cual afecta la equivalencia entre ellos.

Incidental, porque se utilizó la muestra más disponible conformada por aquellas pacientes hospitalizadas o ambulatorias que se encontraban en la institución en el momento del estudio.

Características de la Muestra

Está compuesta por 60 Ss de sexo femenino, con edades comprendidas entre 20 y 65 años, procedentes de diferentes partes del país y que asisten a instituciones médicas públicas y semi-privadas del área metropolitana. Esta muestra está distribuída de la siguiente manera : 30 pacientes con cáncer que incluyen : Ss recientemente diagnosticados; Ss en remisión; Ss sometidos a radioterapia y/o quimioterapia; Ss con mastectomía radical o con cirugía conservadora, hospitalizadas y ambulatorias. Y 30 pacientes hospitalizadas en el servicio de traumatología y sin ningún tipo de cáncer.

En cuanto al nivel socioeconómico la muestra total varía, según la escala de Graffar, entre clase alta hasta clase marginal. Así mismo es heterogénea respecto al lugar de nacimiento, estado civil, número de hijos, nivel de instrucción y fecha del diagnóstico inicial, en el caso del grupo con cáncer de mama (ver Anexo I).

II. Diseño.

Es un diseño de dos grupos autoseleccionados; uno de ellos recibe el efecto de la VI y el otro grupo funciona como control ya que no recibe su efecto. Además se estimaron los efectos de Vs extrañas.

El presente es un estudio de campo de naturaleza exploratoria donde se utilizó un diseño ex post facto.

De campo, porque se lleva a cabo en situaciones vitales, como es una institución médica.

De tipo exploratorio porque tiene como objetivos : descubrir las variables significativas en la situación de campo; detectar las relaciones entre las variables y fijar los cimientos para una futura demostración más sistemática y rigurosa de las hipótesis que surjan.

Es ex post facto, porque no se tiene control directo sobre las Vs independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones y por ser intrínsecamente no manipulables.

Definición de Variables

Definición Conceptual:

- Variable Dependiente :

Afrontamiento : se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

- Variable Independiente:

Personalidad del Canceroso: conjunto predominante de rasgos , obtenidos a

través de diferentes pruebas y técnicas psicológicas, los cuales son: represión de emociones y sentimientos, aislamiento, relaciones superficiales con los otros, rigidez, ocultamiento de dificultades personales, sexualidad y maternidad inhibidas, en el caso de las mujeres, poca agresividad manifiesta, excesiva responsabilidad y por el contrario carecen de neuroticismo, megalomanía, homosexualidad y signos paranoides.

- Variables Relacionadas :

Cáncer: desde el punto de vista médico es una enfermedad que ofrece, de ordinario, una estructura celular atípica, donde éstas crecen por expansión e infiltración, de manera rápida, progresiva, sin autolimitación y con presencia de abundantes figuras mitósicas anormales. Tienden a disfundirse a otros órganos por propagación directa (metástasis), utilizando para ello la corriente sanguínea y linfática.

Evaluación Primaria de las Situaciones Estresantes (Visión): son aquellos cuestionamientos que se plantean los Ss para valorar si la situación estresante en la cual están inmersos les resulta perjudicial o beneficiosa.

Definición Operacional:

- Variable Dependiente:

Afrontamiento: puntaje total y puntajes por subescalas obtenidas a través del W.C.C.,adapatado.

- Variable Independiente:

Personalidad del Canceroso: inferida por la membrecía de los Ss al grupo de cáncer de mama.

- Variable Relacionada:

Cáncer: Determinada por el diagnóstico emitido por médicos expertos.

Visión: selección por parte de los Ss de una de las categorías planteadas en

el instrumento W.C.C.,adaptado: Daño o Pérdida, Amenaza y Desafío o Reto.

Control de Variables :

-Edad : muestra total con edades comprendidas entre 20 y 65 años.

-Sexo : todos los Ss son de sexo femenino.

-Condiciones Ambientales : se mantuvo las condiciones mínimas adecuadas en las entrevistas con cada S ; en cuanto a la constancia de las instrucciones, aplicación del instrumento y condiciones físicas en general, realizando algunas en el mismo recinto hospitalario, cuando la condición del paciente era tal, y otras en una oficina o cubículo privado.

III. Instrumento

Descripción del Instrumento:

Se utilizó para la estimación de los modos de afrontamiento ante el estrés el cuestionario "Ways of Coping Chescklist" (W.C.C.). Este fue originalmente elaborado por R. Lazarus y S. Folkman en 1984. Se utilizó la traducción al castellano del cuestionario, realizada por María Zaplana y publicada en el libro de la Editorial Española Martínez Roca, revisado por Manuel Valdés, miembro del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica (Facultad de Medicina, Barcelona, España).

Dicho cuestionario, traducido por los españoles, consta de 67 items y breves instrucciones (ver Anexo A). En su publicación se reporta como revisado; sin embargo, no aparecen datos psicométricos del mismo, para la población Norteamericana ni para la población Española.

Debido al desconocimiento de baremos para su corrección e interpretación

en nuestro contexto, se decidió probar las bondades psicométricas del instrumento, realizando pequeños cambios en la redacción de los items más no en su contenido (ver Anexo B). Con tal fin se utilizó una muestra piloto.

Con los resultados obtenidos a través de esta muestra piloto, se procedió a realizar un análisis de items y un análisis factorial, con el fin de evaluar confiabilidad, validez y características de la distribución obtenida. A partir de lo anterior :

-Se eliminaron 24 items (ver anexos C y D)

- Se dividió la prueba en 7 sub-escalas (ver Anexo E)

- Se obtuvo una distribución de valores esperados (ver Anexo F).

Prueba Definitiva :

En función del estudio piloto, la prueba definitiva para estimar los modos de afrontamiento en los Ss objeto del estudio, quedó constituida de la siguiente forma :

- Datos de Identificación

• Parte I. Concepto de Situación Estresante.

• PartelI. Instrucciones para que el S elija una situación análoga vivida en los últimos 6 meses anteriores a la entrevista.

- El conjunto de 43 items que quedaron del análisis estadístico de la prueba piloto. Se mantuvo tanto la redacción como el contenido de los items de la prueba piloto.

• Parte III Se mantuvo, al igual que en la prueba piloto, la categorización de la situación elegida en : Daño o Pérdida, Amenaza y Desafío o Reto.

Las instrucciones para esta prueba definitiva se adaptaron para la administración individual ya que serían utilizadas bajo esta condición. (Ver

Anexo D)

IV. Procedimiento :

Se llevaron a cabo las siguientes fases para la realización del presente estudio exploratorio :

I. Estudio Piloto

II. Trabajo de campo

I. Estudio Piloto :

En función del marco teórico antes expuesto, se preparó el instrumento "Ways of Coping Checklist" (W.C.C.) original de R. Lazarus (1984) y traducido y adaptado en España, para ser aplicado a una muestra piloto, con el fin de obtener normas y probar la validez de dicho instrumento en nuestro contexto.

Las partes añadidas al cuestionario, con el objeto de obtener datos relevantes para el estudio, fueron los siguientes :

En la primera parte se colocó, inicialmente, un concepto de situación estresante, tomado del texto "Estrés y Procesos Cognitivos " de R. Lazarus y S. Folkman (1986). Esto se hizo para garantizar que los Ss tuvieran una noción objetiva y común de este concepto, y evitar así, interpretaciones divergentes o distorsionadas.

A continuación se presentó con unas breves instrucciones previas, una lista de situaciones vitales; algunas relacionadas con el contexto académico y otras con el contexto familiar, social o personal. Se resaltó en las instrucciones que el S eligiera una de las situaciones, para que al evaluarla su pensamiento se concretara en ella, de lo contrario no podría tenerse claro o preciso cual era la situación específica que el sujeto afrontaba. Otro aspecto que se resaltó fue el

hecho de que dicha situación seleccionada fuese vivida por el S y no supuesta o imaginada por éste; ya que se buscaba estimar cómo afrontó (qué pensó, qué sintió, qué hizo) concretamente la situación y no como idealmente la hubiese afrontado, según se apunta en el concepto de afrontamiento. Dichas instrucciones fueron las siguientes:

"Lee atentamente el siguiente concepto:

Situación Estresante: aquella que las personas no pueden controlar o manejar según sus recursos y consecuentemente atenta con su bienestar físico, psicológico y social.

De acuerdo con lo anterior, elije marcando con una **X** a tu izquierda **una** de las situaciones que **hayas vivido** como más estresante **en el último año:** "

Se especificó además que la situación seleccionada debía haber ocurrido en el transcurso del último año, a partir del momento de la evaluación. De esta manera se buscó controlar la posible distorsión debido a fallas de la memoria a largo plazo, lo cual podría alterar la veracidad de la estimación del comportamiento del S.

La lista de eventos presentados a continuación de dichas instrucciones, fue tomada del instrumento utilizado por Elena Alcázar (1988) denomidado " Entrevista Semi-estructurada sobre la Biografía del Paciente " (ver Anexo H). El apartado de dicho instrumento donde específicamente se obtuvo la lista se denomina " Eventos Vitales Estresantes en el Ultimo Año". De esta lista se seleccionaron los eventos que se consideraban más pertinentes según las características de la muestra piloto; Incluso se agregaron otras situaciones que no aparecían en la lista original, que se relacionaban específicamente con el contexto académico, tales como: "preparación ante un examen" y "cambios de escuela o universidad."

Además de las 16 opciones de situaciones estresantes, se dejó una última alternativa de "otra", con el objeto de cubrir cualquier otro evento que no estuviese contemplado en la lista.

El objetivo de colocar una lista de eventos y no una situación estresante predeterminada por los Es, se debió al conocimiento de que la designación de un evento como más estresante, depende más de la evaluación personal que de una definición convencional de los estímulos estresores. Además constituyó una forma de constatar dentro de la aplicación colectiva, que el sujeto realizara una elección clara y precisa de lo que iba a reportar en el cuestionario de afrontamiento.

En la segunda, parte del instrumento se presentaron las siguientes instrucciones :

"Lee por favor cada uno de los items que se indican a continuación y redea con un círculo la categoría que exprese en qué medida actuaste en la situación estresante que escogiste anteriormente". Este modelo de instrucción se tomó de la traducción española del cuestionario "Ways of Coping Checklist" de Lazarus y Folkman (1986).

Luego de estas instrucciones se reprodujo la escala W.C.C. tal como aparece en el texto "Estrés y Procesos Cognitivos" de Lazarus y Folkman, traducido en España, a excepción de tres items a los cuales se les cambió su redacción por considerar que sus expresiones no eran propias de nuestro contexto (ver Anexo B).

En la tercera parte del instrumento, que fue incluida por los Es se presentaron tres categorías que reflejaban evaluaciones primarias de situaciones estresantes (Folkman y Lazarus,1986). Estas tres categorías fueron Daño o Pérdida, Amenaza y Desafío o Reto.

Se presentaron las siguientes instrucciones para los Ss :

" Marca con una "X" en el espacio indicado, cuál de las siguientes categorías caracteriza mejor la *situación estresante que seleccionaste inicialmente*"

Después de estas instrucciones se da una definición de cada una de las categorías, según Lazarus y Folkman (1986).

Registrar este dato se consideró de importancia, ya que según la bibliografía revisada esta evaluación guarda una estrecha relación con el afrontamiento, determinándolo en gran medida.

Después de esta revisión se aplicó el instrumento de forma colectiva a una muestra de 204 estudiantes de la escuela de Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello. A esta muestra, se le agregaron 22 pacientes hospitalizadas de la Maternidad Santa Ana, a quienes el instrumento tuvo que ser *administrado en forma individual, dadas las condiciones físicas de las* Ss Este grupo de pacientes fue incluído con el objeto de controlar y registrar cualquier diferencia que fuese producida por la condición de hospitalización. La elección de este grupo de Ss en dicha maternidad, fue dada por las condiciones factibles del momento y la facilidad de acceso a dicha institución.

Luego de obtenidos los datos se procedió a su análisis. El cual consistió en :

- Análisis de Items
- Análisis Factorial
- Obtención de Normas

Procedimientos para el Analisis de los Datos de la Muestra Piloto

Los criterios para la eliminación de items fueron los siguientes:

En primer lugar, se eliminaron todos los items con bajas correlaciones con el puntaje total, por no tener contribuciones relevantes a la varianza total de la

prueba. Para ello se usó como criterio un mínimo del 10% de la varianza compartida.

Luego se consideró la adecuación muestral de los items al modelo lineal de análisis factorial, según el coeficiente de adecuación muestral desarrollado por Kaiser. Este autor señala que para que una variable o conjunto de variables se presten al análisis factorial, como modelo lineal, dicho coeficiente debe ser superior a 0.50. De acuerdo con esto también se eliminaron los items que no contribuían a la adecuación muestral de la matríz de variables, coincidiendo la mayoría de estos con aquellos eliminados por el criterio anterior.

Así, de la escala original con 67 items, se eliminaron 24 y la escala modificada quedó constituida por 43 items (ver Anexo C y D).

Tres verificaciones fueron realizadas para sustentar la eliminación de los items, y la utilidad de la escala corta:

En primer lugar, según el coeficiente alfa de Crombach, indicador de consistencia interna, la escala corta resultó más confiable, lo contrario de lo que cabría esperar, si los items eliminados contribuyeran a la varianza sistemática. (confiabilidad de la escala larga = 0.879; escala corta = 0.881). Esta consistencia interna refleja la validez de constructo del instrumento.

En segundo lugar, la adecuación muestral de la matriz de 43 items es mayor que la de 67, en los cálculos del análisis factorial.

Por último, un análisis de regresión múltiple con los 43 items de la escala corta para predecir el puntaje total de la escala larga, arrojó un coeficiente de determinación múltiple de 0.955. (R^2) , lo que quiere decir que más del 95% de la varianza total de la escala larga, está determinada por los items de la escala corta. (ver Anexo L).

<u>Obtención de las Siete Subescalas</u> :

La solución ortogonal del análisis factorial de los 43 items definitivos, arrojó una estructura de 7 factores (ver Anexo E), que se ajusta a los criterios de estructura simple de Thurstone y la estructura esperada de acuerdo a las categorías conceptuales previamente definidas por R. Bayés(1986) y McCrae (1986), (ver Anexo M).

Para cada factor se tomaron en cuenta las cargas relevantes (ver Anexo G) según el criterio de Gorsuch (1974), el cual, señala que una carga para ser considerada como relevante debe alcanzar el doble del valor significativo para un coeficiente de correlación momento-producto, según el tamaño muestral. Así cada factor queda representado en la prueba por aquellos items que están cargados por él.

Sobre la idea de que al estar cargados por un factor particular, un grupo de items mediría algo distinto de lo medido por otros (cargados por otros factores), se procedió a crear puntuaciones separadas para los 7 grupos de items, arreglados por la estructura factorial. Así se llegó a 7 puntajes distintos para cada sujeto.

Para verificar la "identificación" de 7 subescalas a partir de la estructura factorial, se procedió con un análisis de varianza de cada una de sus puntuaciones. Aplicando el modelo de medidas repetidas, se tomó en cuenta la varianza debida a los sujetos y la debida a las subescalas.

Al sustraer la varianza debida a los sujetos, se evidenció una diferencia entre los subescalas estadísticamente significativa. En el contraste a posteriori, las diferencias de medias entre los pares de subescalas resultaron significativas con un $\alpha = 0.05$ en una gran mayoría de los casos (14 de 21), a pesar de que muchos subescalas tienen items en común.

Este resultado evidencia un comportamiento particular de las puntuaciones

para las 7 subescalas, y sustentan la "identificación" de las mismas a partir de la estructura factorial. Al contrario de lo encontrado a través de una categorización de los mismos items, realizada por un grupo de jueces, la cual, no resultó concensual y en consecuencia no arrojó datos pertinentes para la creación de las subescalas. Sin embargo, sólo se le presentó a dichos jueces las categorías definidas por Bayés (1986).

Dado lo anterior, se decidió no considerar estos datos para el estudio.

Normas :

Se obtuvieron las normas a partir de los valores registrados en la muestra piloto.

En cuanto al puntaje total, las normas son expresadas en percentiles; así como también se reporta la media aritmética , la desviación típica, error estándar, varianza de la distribución, Curtosis y Asimetría.

En relación a las subescalas obtenidas a través del análisis factorial (Modelo de Kaiser), se tienen normas de acuerdo a la distribución de puntajes de las mismas. Igualmente se reportaron en percentiles ; además de un estimado promedio, la dispersión o desviación típica, error estándar, varianza de cada distribución, curtosis y asimetría, todo por subescalas (Magnusson, 1983). Por último se obtuvo una distribución de frecuencia para los puntajes (ver Anexo F).

En cuanto al contraste de los puntajes totales en la prueba piloto, de los estudiantes y de las pacientes, no se encontraron diferencias significativas, aún cuando se esperaría que las hubiese debido a las características de ambas submuestras. Sin embargo, a nivel de subescalas se encontraron diferencias significativas (ver Anexo J).

II. Trabajo de Campo:

Una vez obtenido el instrumento definitivo se procedió a su administración a la muestra objeto de estudio:

Muestra :

Se utilizaron 60 Ss divididos de la siguiente manera :

-30 Ss femeninos con diagnóstico de cáncer mamario, para la muestra de estudio.

-30 Ss femeninos sin diagnóstico de cáncer pertenecientes al servicio de traumatología, como grupo de contraste.

Estos sujetos fueron seleccionados de los siguientes hospitales :

- Instituto Oncológico Luis Razetti y Hospital Padre Machado, para la muestra de pacientes cancerosos.

- Hospital Militar de Caracas, Hospital Clínico universitario, Hospital Pérez de León, Hospital Dr. Domingo Luciani y Hospital Pérez Carreño, para la muestra de comparación.

Criterios para la Selección de los Sujetos:

Los Ss fueron designados y remitidos por los jefes de servicios de medicina interna y de los servicios de traumatología de cada uno de los hospitales; tomando en cuenta :

Edad : 20 a 65 años

Sexo : femenino

Diagnóstico : cáncer mamario y traumatología

De Cáncer de Mama : Porque fue factible el acceso a este tipo de pacientes, a través de los médicos conocidos. Además se eligió un tipo de cáncer como forma de controlar posibles diferencias de personalidad asociadas a los diferentes tipos de cáncer, según estudios previos.

De Traumatología : Elegida como grupo para contrastar, en función de las mismas características en cuanto a edad, sexo y N.S.E., por considerar que dicha dolencia fue producto de un hecho accidental y no por un proceso de etiología psicosomática, con lo cual se cumple la función de contraste.

Administración del Cuestionario :

La aplicación del instrumento se realizó en forma de entrevista tanto para los Ss de la muestra objeto como para la muestra de comparación. Se entrevistaron tanto los hospitalizados como aquellos Ss ambulatorios que acudían al hospital a recibir tratamiento o control médico.

Una vez remitida la paciente por el médico encargado del servicio, cada E se dirigía a una habitación o a un cubículo (dependiendo de si era paciente ambulatoria u hospitalizada) donde seguidamente se le explicaba el propósito del estudio y se le pedía su colaboración, por medio de la siguiente consigna :

" Yo soy estudiante de Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello. Estamos haciendo un estudio sobre el afrontamiento ante el estrés en pacientes con cáncer y no cáncer, contamos con la ayuda del Dr. X y con esta investigación se busca darle mayor importancia a la influencia de los factores psicológicos en la enfermedad. Para ello necesito que conteste algunas preguntas y me dé algunos datos personales".

"Quiero que sepa que su participación es voluntaria y Ud. decidirá colaborar o no".

"La información que Ud. suministre será totalmente confidencial".

"¿Acepta realizar la entrevista? "

Si el S aceptaba, se procedía a leer las instrucciones, recalcando que se podían repetir si quedaban dudas.

A continuación se le aplicaba el cuestionario, siendo cada Es quien leía los items y anotaba las respuestas dadas por la S en el lugar indicado.

Al finalizar la administración se agrupaban los cuestionarios de los dos grupos de pacientes y se puntuaban y corregían para luego proceder a su análisis.

RESULTADOS

Pruebas Estadísticas Utilizadas para el Análisis de los Datos

Para el análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo, se utilizó un Paquete Estadístico para Microcomputadoras denominado Stat-View 512.

Con el objeto de estimar las diferencias de afrontamiento en la escala total y subescalas, en función de las variables que generan los dos grupos (enfermedad; cáncer y no cáncer; Nivel de Instrucción:primaria, media o más, Situación: ajena o personal,), se empleó la prueba "t de student".

Para evaluar las diferencias entre el grupo de estudio y el grupo de contraste en los puntajes de afrontamiento para la escala total y las sub escalas, introduciendo por separado, variables que dividen a los subgrupos en más de tres categorías (Percepción Primaria : Daño, Amenaza y Reto; y Nivel Socio-económico), se utilizó un Análisis de Varianza Simple (ANOVA).

Para calcular la influencia de la variable independiente sobre la dependiente, controlando los efectos de una tercera variable, se utilizó un Análisis de Covarianza (ANACOVA).

ANALISIS DE DATOS

HIPOTESIS ESPECIFICA 1 :

Ho : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de los modos de afrontamiento obtenidas por los dos grupos de diagnóstico de cáncer y no cáncer.

Hi : Exiten diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en los modos de afrontamiento por los dos grupos de diagnóstico de cáncer y no cáncer.

Unpaired t-Test X_1 : ENFERMEDAD Y_8 : T TOTAL

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-1.327	.1897

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
C	30	48.298	10.173	1.857
O	30	51.702	9.693	1.77

8

Nivel de significación : 0,05

La p. asociada es >0,05 por lo tanto se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula.

Estos resultados no son los esperados por los Es , sin embargo ello no contradice la teoría del afrontamiento, ya que este no es un fenómeno de naturaleza binaria, que se da o no se da, sino que se trata de un proceso por el cual todo individuo intenta hacer frente a los acontecimientos estresantes.

HIPOTESIS ESPECIFICA 2 :

Ho : No existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las subescalas de afrontamiento por los dos grupos de diagnóstico de cáncer y no cáncer.

Hi : Existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas de afrontamiento por los dos grupos de diagnóstico de cáncer y no cáncer.

Subescala 1:

Unpaired t-Test X_1 : ENFERMEDAD Y_1 : SUB 1

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-2.264	.0273

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
C	30	2.944	.366	.067
O	30	3.152	.347	.063

1

Nivel de significación : 0,05

La p asociada es <0,05 por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

En estos resultados puede observarse que este modo de afrontamiento establece diferencias entre ambos grupos de pacientes. Al observar las medias, se evidencia que las puntuaciones más bajas son obtenidas por los sujetos del grupo con cáncer.

Subescala 4 :

Unpaired t-Test X_1 : ENFERMEDAD Y_4 : SUB 4

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-2.023	.0477

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
C	30	2.921	.588	.107
O	30	3.2	.475	.087

4

Nivel de significación : 0,05

La p asociada es <0,05 por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Este modo de afrontamiento, según los resultados arrojados, diferencia a los grupos de Ss de cáncer y no cáncer. Apareciendo esta diferencia a favor del grupo de no cáncer.

Subescala 2

Unpaired t-Test X_1 : ENFERMEDAD Y_2 : SUB 2

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	1.132	.2625

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
C	30	2.813	.495	.09
O	30	2.67	.486	.089

2

Nivel de significación : 0,05

La p asociada es >0,05, por lo tanto se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula.

En cuanto a la estrategia de evitación, los pacientes con cáncer no se diferencian del grupo de no cáncer, lo cual no es esperado por los Es.

Subescala 3 :

Unpaired t-Test X_1 : ENFERMEDAD Y_3 : SUB 3

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-1.324	.1908

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
C	30	2.247	.514	.094
O	30	2.425	.526	.096

3

Nivel de significación : 0,05

La p asociada en >0,05, por tanto se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula. Esta subescala no establece diferencias entre los dos grupos, lo cual no es esperado por los Es.

Subescala 5 :

Unpaired t-Test X_1 : ENFERMEDAD Y_5 : SUB 5

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-.302	.7636

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
C	30	3.043	.463	.084
O	30	3.081	.513	.094

5

Nivel de significación : 0,05

La p asociada en >0,05, por tanto se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula. Esta subescala no establece diferencias entre los dos

grupos, lo cual no es esperado por los Es.

Subescala 6 :

Unpaired t-Test X_1 : ENFERMEDAD Y_6 : SUB 6

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	.071	.9437

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
C	30	2.888	.453	.083
O	30	2.879	.537	.098

6

Nivel de significación : 0,05

La p asociada en >0,05, por tanto se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula. Esta subescala no establece diferencias entre los dos grupos, lo cual no es esperado por los Es.

Subescala 7 :

Unpaired t-Test X_1 : ENFERMEDAD Y_7 : SUB 7

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-.434	.6659

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
C	30	2.625	.949	.173
O	30	2.717	.662	.121

7

Nivel de significación : 0,05

La p asociada en >0,05, por tanto se rechaza la hipótesis alternativa y se

acepta la hipótesis nula. Esta subescala no establece diferencias entre los dos grupos, lo cual no es esperado por los Es.

VARIABLE RELACIONADA :

La variable visión , denominada así por los Es , hace referencia al tipo de evaluación primaria que se haga de la situación. Esta variable fue considerada como relevante, dada la estrecha relación, que teóricamente presenta, con los modos de afrontamiento.

Para su estudio, se dividió la muestra de cáncer y no cáncer ,según la evaluación que hicieron los Ss de la situación que previamente habían elegido (*Daño, Amenaza y Reto), en tres grupos, para luego contrastar sus diferencias por* medio de un análisis de varianza. Se hallaron diferencias significativas únicamente en la subescala 1, que corresponde al afrontamiento activo. Los contrastes a posteriori revelaron que la evaluación primaria categorizada como Reto, establecía las diferencias en dicho afrontamiento. Al comparar las medias arrojadas por los tres subgrupos, se observa que las puntuaciones más altas corresponden a la evaluación situacional de reto. (ver Anexo R).

Estos datos coinciden con los obtenidos en el estudio piloto, donde igualmente aparecen diferencias significativas en la subescala de afrontamiento activo, siendo la evaluación de reto la que establece las diferencias. Para la subescala 2, que se refiere a Evitación, aparecen del mismo modo, diferencias significativas. Los contrastes a posteriori revela que tales diferencias aparecen al comparar el afrontamiento dado ante una situación percibida como un reto y ante una situación categorizada como un daño. Si se observan las medias, queda en evidencia que el grupo que evaluó como daño, tiende a utilizar más la estrategia de evitación, por el contrario, el grupo que la percibe como un reto,

tiende a utilizar menos este tipo de afrontamiento. (ver Anexo S).

Sobre la base de lo anteriormente señalado, se consideró pertinente , a nivel de estudio de grupos de cáncer y no cáncer, restar la influencia de la visión, sobre el afrontamiento activo, para lo cual se llevó a efecto un análisis de covarianza. Este produjo una disminución de las diferencias significativas , sin embargo, estas no dejaron de existir.

VARIABLES CONTROLADAS :

Para controlar el efecto de variables extrañas que pudiesen influir sobre la variable dependiente de este estudio, estas fueron registradas en ambos grupos, de cáncer y no cáncer, con el fin de establecer diferencias significativas *ocasionadas por sus efectos.*

El contraste de tales diferencias se llevó a cabo a través de la prueba estadística "t de student", para las variables que arrojaban dos categorías, y para aquellas que arrojaban más de dos categorías se utilizó el Análisis de Varianza.

Las variables controladas fueron :

- Nivel Socio-económico
- Nivel de Instrucción
- Tipo de Diagnóstico (para el grupo de cáncer)
- Tipo de Situación Estresante
- Edad

Los resultados de los contrastes realizados para estas variables fueron los siguientes :

- Para Nivel Socio-económico, el cual dividía a las muestras de estudio (cáncer y no cáncer) en cinco categorías (Alta, Media Alta, Baja, Obrera y

Marginal), fue utilizado un análisis de varianza, no encontrando diferencias significativas para ninguna de las siete subescalas, ni para la escala total. (Ver Anexo K).

- En cuanto al Nivel de Instrucción de la muestra de estudio, el cual la divide en Alta (≥ a 1er año) y Baja (≤ a 6º grado), para el contraste de las medias, se empleó la prueba estadística " t de student", encontrándose que esta variable no diferenciaba a los grupos en cuanto al afrontamiento, ni a nivel de subescalas , ni en la escala total. (Ver Anexo N)

- La variable Tipo de diagnóstico, la cual hace referencia al tiempo de realización del diagnóstico de cáncer, establece tres categorías de contraste : a) Ss recientemente diagnósticado (diagnósticos realizados en el año 1989). b) Ss en remisión (un diagnóstico realizado en el año 88 o antes) y c) Ss con metástasis (con un diagnóstico realizado por segunda vez en el año 88 o antes). Los resultados arrojados por el análisis de varianza no evidenciaron diferencias significativas para cada grupo de contraste. Esto fue igual tanto en las subescalas como en la escala total. (ver Anexo O).

- Para la variable Tipo de Situación, escogida por el S, la cual se categorizó como agena o personal, según su naturaleza, no mostró diferencias significativas entre los grupos, a través de la prueba "t de studen", para las subescalas y la escala total. (ver Anexo P).

- En cuanto a la variable Edad, se efectuó una correlación con la variable dependiente, a través de una Regresión Múltiple Momento- Producto, con el fin de estimar su posible relación. Se encontró un grado de relación despreciable, tanto para las subescalas como para la escala total. (ver Anexo Q).

DISCUSION

A partir de los resultados obtenidos, no se encontraron diferencias *significativas en la estimación global del afrontamiento, entre el grupo con* cáncer mamario y el grupo de comparación. Dichos resultados no coinciden con lo esperado por los Es; sin embargo, esto no resulta contradictorio , ya que por definición, el afrontamiento no es un fenómeno de naturaleza binaria, que se da o no se da, y no implica una cuantía. Por el contrario, éste es un proceso contínuo de interacción constante con la situación estresante. Ello significa que se da de algún modo en cada interacción, donde las demandas internas o externas desbordan los recursos del individuo. Incluso, si la persona decide no interactuar con estos aspectos, aquí también está asumiendo un modo de afrontamiento. (R. Lazarus y S. Folkman, 1986). Así, las posibles diferencias entre estos grupos se ocultan a través de una estimación global, la cual solo está reflejando que todos, de alguna manera, afrontan el estrés.

De esto se desprende que lo que marca las diferencias entre los Ss son los modos o más específicamente las conductas que asumen (qué pensó, qué sintió, que hizo) ante este tipo de acontecimientos. Es aquí donde intervienen las variables personales, que están estrechamente relacionadas con este proceso, y son las que matizarán el modo en que cada persona enfrenta aquello que lo perturba (McCrae, 1988).

Lo anterior se ve apoyado, al obtenerse en este estudio diferencias significativas en algunas de las subescalas que reflejan distintas estrategias *utilizadas*.

De las siete subescalas obtenidas a través de un análisis factorial, se observaron diferencias significativas en la subescala 1, denominada "Afrontamiento Activo ", y en la subescala 4, denominada " Búsqueda de Apoyo e

Información " , entre los Ss con cáncer y el grupo de contraste, a favor de este último. Es decir, los Ss cancerosos tienden a usar menos estrategias de afrontamiento activo y búsqueda de apoyo e información, que los del grupo de comparación. Esto podría explicarse recurriendo a la definición del afrontamiento activo, el cual consiste en asumir una actitud constructiva para hallar soluciones a los problemas (Bayés, 1985); de forma similar, Joan de Pablo y otros (1989), definen este tipo de estrategias como los esfuerzos enérgicos dirigidos a modificar la situación, y que sugiere cierto grado de hostilidad y riesgo.

La obtención de puntajes bajos en estas subescalas, por parte de los Ss con cáncer, sugiere la posible tendencia de estos a evaluar la situación como menos modificable; como que nada puede hacerse para cambiar las condiciones lesivas, o para realizar cambios en su persona (Lazarus y Folkman, 1986). Esto podría ser atribuido a una dinámica psicológica, caracterizada por un sentimiento de desesperanza, que les impide creer en sí mismos y en su capacidad para cambiar aquello con lo que no están conformes. (LeShan, 1966; Rízques, 1980).

Esta relación también se encuentra sugerida por diversos autores (Engel,1968 y Schamale, 1972 c.p. Lazarus y Folkman,1986; Rísquez,1980) quienes consideran que muchas enfermedades aparecen como resultado de una pérdida personal, la que conducirá a una importante dependencia de los demás y así a una alta vulnerabilidad psicológica. En estos casos, si hay una nueva pérdida, esta será interpretada como una amenaza a la seguridad personal, tiendendo a sentirse los Ss desesperanzados , desvalidos y abandonados lo que les hace renunciar al esfuerzo que implica el adaptarse a las circunstancias que la vida les impone. Específicamente, Schamale (1972), considera al cáncer como el resultado de este tipo de psicodinamia.

De esta manera, los resultados arrojados en la primera subescala, coinciden con estudios anteriores (LeShan, 1966; Kissen, 1980; Bahnson, 1974) en donde se ha evidenciado que el paciente con cáncer no hace frente a lo que le hace sufrir, es incapaz de expresar lo que le disgusta, escondiendo sus propias dificultades y *guardando para sí responsabilidades y problemas que muchas veces no le* pertenecen. El Afrontamiento Activo que puedan tener, en la mayoría de las veces estará dirigido al entorno y no a ellos, y si llega a estar dirigido hacia sí mismos, probablemente no sea para su beneficio personal. Así estas personas tenderán a carecer de estrategias que busquen cambios favorables en ellos, tales como cambios motivacionales, búsqueda de canales diferentes de gratificación, reducción de la participación del yo, etc.

Por otra parte, el modo de afrontamiento estimado en la subescala "Búsqueda de Apoyo e Información", según los resultados arrojados, diferencia a los grupos de cáncer y no cáncer, apareciendo esta diferencia a favor del grupo no cáncer. Al remitirse al respaldo teórico de esta investigación, estos resultados podrían ser explicados por las variables personales del paciente canceroso.

Igualmente, como ya fue planteado en el basamento teórico, el afrontamiento que busca información y apoyo de los otros es sumamente útil para amortiguar los efectos negativos del estrés. (Taylor y otros, 1986). El paciente con cáncer se ha caracterizado por carecer de esta estrategia; se le ha descrito como una persona alejada de los otros, que se defiende de la involucración con los demás, probablemente para evitar el rechazo o la separación del otro; en quien han predominado sentimientos de de soledad y desolación y que guarda tales sentimientos para sí, no contando de esta manera *con el apoyo emocional y social que las demás personas puedan brindar y así de un* más saludable manejo del estrés.

En cuanto a la menor búsqueda de información por parte de estos Ss en comparación al grupo de no cáncer, se podría explicar que igualmente obedecería a esa tendencia al aislamiento e inhibición para expresar dificultades. Se ha visto que este modo de afrontamiento está muy relacionado con la adaptación psicológica, (Felton y otros, 1984) por lo que se supondría que estos pacientes mostrarán una menor adaptación.

En relación con la misma situación de enfermedad, se ha encontrado que la pobre adaptación psicológica está relacionada con bajas tasas de supervivencia. Así lo sugieren estudios llevados a cabo por Wiesman y Worder (1975) c.p. Lazarus y Folkman (1986), quienes observaron que aquellos pacientes cancerosos que mostraban una mayor disposición a mantener relaciones sociales con amigos y parientes tendían a sobrevivir a pesar de la enfermedad, en comparación con aquellos pacientes que tendían al retraimiento.

Estas dos subescalas, la de Afrontamiento Activo y la de Búsqueda de Apoyo Social e Información, las que lograron diferenciar a ambos grupos contrastados, se han destacado en diferentes estudios como estrategias con especial relevancia para el manejo del estrés (Felton y otros, 1984; Bayés, 1985; McCrae, 1988 y Joan de Pablo y otros, 1989).

Así es posible plantear que el inapropiado afrontamiento del estrés de estos pacientes ha podido a largo plazo afectar la salud, ya que éste puede influir en la intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés (Cooper, 1986); y estas mismas podrán convertirse en dañinas si el individuo deja de prevenir o aminorar las condiciones ambientales nocivas y perjudiciales; si deja de regular la perturbación emocional que aparece en situaciones de daño o amenaza incontrolable, y de esta misma manera, desarrollando un estilo de vida, creencias y valores que podrán determinar un modo de afrontamiento perjudicial

(Lazarus y Folkman, 1986). Así se convierte el estrés en uno de los múltiples factores que pueden desencadenar el cáncer.

El resto de los modos de afrontamiento contemplados en el instrumento (evitación, atribución, afrontamiento activo racional, conformismo y solución fantasiosa) no diferenciaron a los grupos de cáncer y no cáncer. Estos resultados no concuerdan con las hipótesis planteadas por los Es .

Se puede observar que dichas subescalas guardan entre sí la característica común de ser modos de afrontamiento paliativos o dirigidos a controlar la emoción y no a buscar cambios objetivos para la solución del problema. Estos resultados pueden ser explicados por la condición de hospitalización que compartían ambos grupos y la selección de la enfermedad actual como situación estresante. Dicha situación puede ser caracterizada como no controlable, por lo que probablemente, los modos de afrontamiento dirigidos al problema hayan sido menos utilizados que aquellas estrategias dirigidas a la emoción, que modifican la vivencia de la experiencia sin producir cambios reales en la situación.

Una explicación alternativa podría ser la ausencia de relación que estos modos de afrontamiento presentan con las características de personalidad destacadas en estos enfermos de cáncer, sin embargo, no se cuentan con datos más precisos que apoyen lo anterior .

Cabría destacar a su vez, como posible explicación, fallas en la traducción del instrumento, las cuales no hayan permitido una óptima comprensión de los items, yendo esto en detrimento de una mejor apreciación de las estrategias.

En cuanto a la evaluación primaria ("visión"), la cual presenta teóricamente una estrecha relación con el afrontamiento, y al determinar en gran medida los modos del mismo, se encontró que ésta establecía diferencias significativas en la estrategia de afrontamiento activo para la muestra de estudio (cáncer y no

cáncer). Así se observó que el grupo que categorizó la situación escogida como "reto" tendía a presentar un mayor uso del afrontamiento activo. Estos resultados apoyan las afirmaciones de Lazarus y Folkman (1986), quienes aseguran que la situación evaluada como reto o desafío tendrá grandes implicaciones para una mejor calidad de funcionamiento de los Ss como resultado de poseer ventajas en la moral, de sentirse emocionalmente menos abrumados, capaces de desarrollar recursos adecuados y de reaccionar de modo más saludable a nivel neuroquímico; en comparación con aquellos individuos que se sienten fácilmente amenazados. Estos últimos se mostrarán rápidamente inhibidos y bloqueados, con una reacción neuroquímica que a largo plazo resultará dañina para el organismo (Cooper, 1986).

Así mismo lo había afirmado Lipowsnki (1971 c.p. Lazarus y Folkman, 1986) en la evaluación de la enfermedad. Este autor afirma que si el S evalúa la enfermedad como un desafío, sus estrategias de afrontamiento tenderán a ser activas, flexibles y razonables en favor de la adaptación; en cambio si se percibe ésta como un enemigo, el S tenderá a sentirse atacado, indefenso, con reacciones emocionales de miedo, ansiedad, mal humor, lo que lo hará escapar del problema, negarlo o asumir una actitud pasiva.

Igualmente, los resultados obtenidos en la muestra piloto coinciden con estos planteamientos. En la subescala de Afrontamiento Activo, los Ss que categorizaron la situación como "reto" mostraron mayores puntuaciones en este tipo de estrategias que aquellos que la evaluaron como amenaza o como daño.

De la misma forma, en dicha muestra, la estrategia de Evitación aparece relacionada con la evaluación que se haga de la situación. En esta subescala se observó que los Ss que categorizaron la situación como daño tendieron a usar más estrategias de evitación que aquellos que la vieron como un reto, los que a su vez

tendieron a utilizar menos la Evitación como modo de afrontamiento.

Si se relaciona esta evaluación primaria con los pacientes enfermos de cáncer, puede apreciarse que los modos de afrontamiento encontrados en este estudio reflejan una tendencia a evaluar las situaciones como amenazantes o como perjudiciales para su persona. Al apreciar las frecuencias de categorización de cada grupo de estudio (ver Anexo T) se destaca que, a pesar que dentro del grupo de cáncer la evaluación más escogida fue el reto, ésta es menor al compararla con el grupo de no cáncer. Lo que permite inferir que el grupo de Ss cancerosos tienden a evaluar los acontecimientos más fácilmente como daño y amenaza, y de esta manera, a presentar un afrontamiento menos saludable o adaptativo. Esto se ve apoyado por estudios biográficos en estos Ss. (LeShan, 1966; Kissen, 1980; Bahnson, C . B. 1974).

Con el fin de constatar la influencia de la evaluación primaria , se realizaron cálculos donde se controló su efecto en la subescala de evaluación primaria. Los datos aportados por dichos cálculos permiten afirmar que sí existe una influencia de esta variable en la relación entre personalidad (inferida por la membrecía al grupo de cáncer y no cáncer) y el afrontamiento. El controlar esta variable provocó una disminución de las diferencias, más no su anulación lo cual obedecería al efecto de otros factores de naturaleza tanto situacionales como personales.

Por último, no se evidenciaron efectos de las variables extrañas (Nivel socio-económico, Edad, Nivel de Instrucción, Tipo de Diagnóstico y Tipo de Situación) teóricamente relacionadas con el afrontamiento, para la muestra de Ss de esta investigación.

LIMITACIONES :

1. - La naturaleza ex post facto de esta investigación conlleva intrínsecamente dificultades que radican esencialmente en el gran número de variables involucradas y en la falta de control de éstas en el momento de estimar su influencia en la variable dependiente.

2. - Las características de la muestra de Ss : accidental, autogenerada y autoseleccionada, limitan la capacidad del estudio para generalizar los resultados a la población general.

3. - Por tratarse este fenómeno de un proceso que se desarrolla en el tiempo y no de un hecho aislado, era más adecuado su estudio de forma longitudinal, sin embargo, por limitaciones de tiempo ello no fue posible.

4. - Fallas en la traducción de la escala original, lo que puede haber dificultado la comprensión de los items.

5.- La evocación de una situación estresante para estimar el afrontamiento y no su estimación en el momento en que se está desarrollando, pudo haber ocasionado distorsiones de las estrategias realmente utilizadas.

6. - La selección de la muestra se vió dificultada por problemas prácticos, tal como una huelga de médicos, falta de consulta externa, y por consiguiente falta de pacientes ambulatorios.

7. - Un N de poca representatividad tanto para el grupo canceroso como para el grupo contraste. Igualmente el N de los pacientes incluidos en la muestra piloto fue bajo.

8.- Las subescalas arrojadas por el análisis factorial dan una distribución para algunos de los items , que en alguna medida no concuerdan con la definición de la misma. Probablemente por la influencia de factores que se desconocen.

9.- El hecho de que los Ss no hallan sido asignados aleatoriamente a los grupos , sino que ya pertenecían a grupos preexistentes disminuye la validez externa del presente estudio.

CONCLUSIONES

- Las limitaciones antes mencionadas obligan a concluir exclusivamente en relación a la muestra estudiada.

- Los resultados del estudio indican que no existen diferencias significativas en el afrontamiento visto como una variable global, entre el grupo de cáncer y no cáncer.

- Se encontraron diferencias significativas para dos de las siete subescalas del instrumento " Ways of Coping Checklist" (adaptado). Estas diferencias fueron observadas en la subescala 1 : Afrontamiento Activo y en la subescala 4 : Búsqueda de Apoyo e Información. Mostrando los Ss del grupo de cáncer menos puntuaciones para ambas subescalas.

- En relación a la "visión" , se encontró que esta variable estableció diferencias significativas en la subescala de Afrontamiento Activo, observándose que la Evaluación Primaria categorizada como reto estaba asociada a mayores puntuaciones en esta subescala.

Igualmente, al controlar su efecto entre la variable independiente (Personalidad asociada al grupo de cáncer) y la variable dependiente (Afrontamiento Activo), las diferencias significativas disminuyeron, sin dejar de ser significativas, lo que apoya el argumento de que existe su influencia.

- No se evidenciaron efectos de variables extrañas como : Nivel Socioeconómico, Nivel de Instrucción, Edad, Tipo de Situación.

BIBLIOGRAFIA

Achue, L., Ochoa y Otros. Estudio Exploratorio de actitudes de Responsabilidad y Alejamiento en Ss con Diagnóstico de Cáncer, Tumor Benigno y Alergia. Tesis de Grado no publicada. Universidad Catolica Andrés Bello. Caracas, 1978.

Adams-Greenly, M. Psychological Staging of Pediatric Cancer Patients and their families. Cáncer , 1986, 58: 449-453.

Arnau, J.G. Diseños Experimentales en Psicología y Educación. volumen I,México,Trillas1986

Bahnson, C. B. Epistemological Perspective of Physical Disease from the Psychosomatic Point of View. American Journal of Psychology and Health, 1974, 64: 11, 1034-1039.

Bayés, R. Psicología Oncológica. Barcelona, Martínez Roca, 1985.

Brainsky, L. y otros. Aspectos Médicos-Psicológicos de la Personalidad y Manejo de Pacientes con Cáncer de Seno (VI). Estudio de Investigación. Universidad Javeriana, Bogotá. Colombia, 1982.

Brown, F. The Relationship between Cancer and Personality. Annals New York Academy of Sciences, 1964. 125, 865-873.

Cain, E. N. y Otros. Psychosocial Benefits of a Cancer Support Group. Cancer. 1986, 57:183-189.

Cella, D. F. The Relationship of Psychological Distres, Extent of Disease, Performance Status in Patients with Lung Cancer. Cancer. 1987, 60, 1661.

Cofer, C. M. y Appley,M. (Ed.) Frustración , conflicto y Stress.Psicología de la Motivación. 1971, pág. 438-461.

Cooper, C. L. (Ed.) Estrés y Cáncer. Madrid, 1986.

Cronbach, L.J. Fundamentos de la Exploracion Psicológica , 2a. edición, Madrid, Biblioteca Nueva , 1971.

de Pablo, J. Afrontamiento del Estrés Asociado a Exámenes Universitarios. Trabajo de investigación no publicado . Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. España, Mayo 1989

Felton, B y Revenson, T. Coping with Chronic Illness : A Study of Illness Controllability and the Influence of Coping Strastegies of Psychological Adjustment. Journal of Consulting and Clinical Psychology,1984. 52, 343-353

Freud, S. Esquema del Psicoanálisis. Argentina. Reimpresión, 1984.

Gorsuch, R. L. Factor Analysis W. B. Philadelphia. Saunders Company. 1974.

Hagnell, O. The Premorbid Personality of Persons who Develop Cancer in a Total Population Investigated in 1947 to 1957. Annals New York Academy of Sciences. 1966, 125, 846-855.

Harman, H. Modern Factor Analysis. University of Chicago, 3era Edition, Chicago, 1976

Kissen,D The Significance of Personality in Lung Cancer in Men. Annual New York Academy of Sciences. 1966,125: 820-825.

Kissen,D. The Evalue of a Phychosomatic Approach to Cancer. Annals New York Academy of Sciences.

1966,125: 777-799.

Lazarus,R y Folkman,S. Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona,Martínez Roca. 1986.

LeShan,L. An Emotional Life- History Patter Associated With Neoplastic Disease. Annals New York Academy of Sciences. 1966,125: 780-793.

Manual se Stat View. Abacus Concepts , Inc. 1986

Masten,A.S. Stalking The Wild Humorist. Contemporary Psychology. 1987,32: 5, 432-433

McCrae, R.R. (Ed). Situacional Determinants of Coping. Gerentology Research Center National Institute on aging, National Institutes of Health. New York. 1988.

Mc.Crae, R. y Costa, P. Personality, coping and coping

effectiveness in an adult sample. Journal of Personality 54 : 2. June 1986

Meichembaum, D. Supere el Estrés (Coping With Stress) Barcelona, Ediciones Juan Granica, 1983.

Rísquez, F. y López-Herrera,L. Psiquiatría y Cáncer, un Nuevo Enfoque Basado en el Estudio del Sufrimiento. Acta Oncológica Venezolana. 1971. IV: 1, 65, 80.

Rísquez,F. Rehabilitación en Cáncer.Acta Oncológica Venezolana. 1971. IV: 4, 261-270.

Rísquez,F. Dinámica del Cáncer. Escrito y Leido en el Hospital Central de Las Fuerzas Armadas. Caracas, Junio de 1974.

Rísqez, F. Consideraciones Psicodinámicas sobre el Paciente Canceroso. Sociedad Venezolana de Psiquiatría.

Porlamar, Julio de 1980.

Risquez,F. El Enfermo Canceroso. Sociedad Venezolana de Psiquiatría. Caracas, Febrero de 1976

Romsaas,E. P. Psychological Distres among women with Breast Problems. Cancer. 1987, 57: 890-895.

Smart, C. R. Quality of Life. Cancer. 1987. 60:620-622.

Vethencourt, J. L. Lo Psicológico y la Enfermedad. Ensayo. Caracas, 1977.

Vera y Palacios. Cáncer al Día. Tomo I. Sociedad Amigos del Instituto Oncológico Luis Razetti (SAIO). Caracas, 1975.

Waxemberg, S. E. The Importance of de communication of Feelings about Cancer. Annals New York Academy of Sciences. 1966, 125: 1000-1005.

A N E X O S

ANEXO A

Modos de Afrontamiento (Revisado)

Lea por favor cada uno de los items que se indican a continuación y rodee con un círculo la categoría que exprese en que medida actuó *como describe cada uno de ellos*.

	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo paso).	0	1	2	3
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
8. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9. Me critiqué o me sermoneé a mí mismo.	0	1	2	3
10. No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta	0	1	2	3
11. Confié en que ocurriera un milagro.	0	1	2	3
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte).	0	1	2	3
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3

15. Busqué algún resquicio de esperanza,por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16. Dormí más de lo habitual.	0	1	2	3
17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.	0	1	2	3
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentir mejor.	0	1	2	3
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21. Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3
22. Busqué la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23. Cambié, maduré como persona.	0	1	2	3
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
25. Me disculpé e hice algo para compenzar.	0	1	2	3
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí.	0	1	2	3
27. Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería.	0	1	2	3
28. De algún modo expresé mis sentimientos.	0	1	2	3
29. Me dí cuenta que yo fuí la causa del problema.	0	1	2	3
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré.	0	1	2	3
31.Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	0	1	2	3
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.	0	1	2	3
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.	0	1	2	3
34. Tomé una decisión muy importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.	0	1	2	3
36. Tuve fé en algo nuevo.	0	1	2	3

37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38. Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
40.Evité estar con la gente en general.	0	1	2	3
41.No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.	0	1	2	3
42.Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.	0	1	2	3
43.Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.	0	1	2	3
44.No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.	0	1	2	3
45. Le conté a alguien cómo me sentía.	0	1	2	3
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería.	0	1	2	3
47.Me desquité con los demás.	0	1	2	3
48.Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado en una situación similar.	0	1	2	3
49.Sabía lo que había que hacer,así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1	2	3
50.Me negué a creer lo que había ocurrido.	0	1	2	3
51. Me prometí a mí mismo que las cosas sería distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52.Propuse un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53.Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas.	0	1	2	3
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma cómo me sentía.	0	1	2	3
56. Cambié algo de mí.	0	1	2	3
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugarmejor que el presente.	0	1	2	3

58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.	0	1	2	3
59.Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60.Recé.	0	1	2	3
61. Me preparé para lo peor.	0	1	2	3
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría.	0	1	2	3
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.	0	1	2	3
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista dela otra persona.	0	1	2	3
65. Me recordé a mí mismo cuanto peor podríanser las cosas.	0	1	2	3
66. Hice *jogging* u otro ejercicio.	0	1	2	3
67.Intenté algo distinto de todo lo anterior.(Por favor, descríbalo).	0	1	2	3

ANEXO B

ITEMS MODIFICADOS EN SU REDACCION

Item Original

1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo paso).

sustituido por :

1. Me concentré exclusivamente en lo que tenía que hacer después de lo sucedido.

Item Original

10. No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta.

sustituido por :

10. No perdí las esperanzas sino que dejé alguna posibilidad abierta.

Item Original

66. Hice *jogging* u otro ejercicio.

sustituido por :

66. Me puse a trotar o hice otro ejercicio.

ANEXO C

ITEMS ELIMINADOS A PARTIR DE SU ANALISIS

ITEM 1
" Me concentré exclusivamente en lo que tenía que hacer después de lo sucedido"
ITEM 3
"Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás"
ITEM 5
" Me comprometí o me propuse sacar algo ositivo de la situación"
ITEM 10
" No perdí las esperanzas sino que dejé alguna posibilidad abierta"
ITEM 12
" Seguí adelante con mi destino (simplemente alguna veces tengo mala suerte)"
ITEM 13
" Seguí adelante como si no hubiese pasado nada"
TEM 14
" Intenté guardar para mí mis sentimientos ".
ITEM 16
" Dormí más de lo habitual en mí ".
ITEM 17
" Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema"
ITEM 22
" Busqué la ayuda de un profesional"
ITEM 26
" Desarrollé un plan de acción y lo seguí"
ITEM 29
" Me dí cuenta de que yo fuí la causa del problema"
ITEM 30
" Salí de la experiencia mejor de lo que entré"
ITEM 33
" Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando , tomando drogas o medicamentos , etc..."
ITEM 35
" Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso"
ITEM 40
" Evité estar con la gente en general "
ITEM 43
" Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas "
ITEM 44
" No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio"
ITEM 47
" Me desquité con los demás "
ITEM 48
" Recurrí a experiencias pasadas; ya que me había encontrado antes en una una situación similar "
ITEM 50
" Me negué a creer lo que había ocurrido "
ITEM 53
" Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto "
ITEM 60
" Recé"

ANEXO D

DATOS DE IDENTIFICACION:
EDAD:_____
FECHA DE NACIMIENTO:_____
LUGAR DE NACIMIENTO:_____
NIVEL DE INSTRUCCION:_____

PARTE I

Escuche atentamente el siguiente concepto:

Situación Estresante: aquella que las personas no pueden controlar o manejar según sus recursos y consecuentemente atenta contra su bienestar físico, psicológico o social, produciendo mucho sufrimiento, ansiedad o tensión.

De acuerdo con lo anterior trate de recordar una situación que haya vivido como **más** estresante en los **últimos seis meses** y comuníquemela a continuación:

_____

_____

PARTE II

Voy a leer a continuación **cada una** de las siguientes afirmaciones que expresa **en qué medida actuó** en la situación estresante que escogió anteriormente. Las puntuaciones van del 1 a 4 y significan lo siguiente:

1 = No actué así en absoluto
2 = Actué así en alguna medida
3 = Bastante
4 = Mucho

	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
1. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor	1	2	3	4
2. Creí que el tiempo cambiará las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	1	2	3	4
3. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.	1	2	3	4
4. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	1	2	3	4
5. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.	1	2	3	4
6. Me critiqué o me sermoneé a mí mismo.	1	2	3	4
7. Confié en que ocurriera un milagro.	1	2	3	4

8. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo	1	2	3	4
9. Busqué algún resquicio de esperanza,por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.	1	2	3	4
10. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	1	2	3	4
11. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentir mejor.	1	2	3	4
12. Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	1	2	3	4
13. Intenté olvidarme de todo.	1	2	3	4
14. Cambié, maduré como persona	1	2	3	4
15 Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	1	2	3	4
16. Me disculpé e hice algo para compenzar.	1	2	3	4
17. Acepté la segunda posibilidad en lugar de la queyo quería.	1	2	3	4
18. De algún modo expresé mis sentimientos.	1	2	3	4
19.Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	1	2	3	4
20. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.	1	2	3	4
21. Tomé una decisión muy importante o hice algo muy arriesgado.	1	2	3	4
22. Tuve fé en algo nuevo.	1	2	3	4
23. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	1	2	3	4
24. Redescubrí lo que es importante en la vida.	1	2	3	4
25. Cambié algo para que las cosas fueran bien.	1	2	3	4
26.No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.	1	2	3	4
27. Le conté a alguien cómo me sentía.	1	2	3	4
28. Me mantuve firme y peleé por lo que quería.	1	2	3	4
29.Sabía lo que había que hacer,así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	1	2	3	4

30. Me prometí a mí mismo que las cosas sería distintas la próxima vez.	1	2	3	4
31.Propuse un par de soluciones distintas al problema.	1	2	3	4
32. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas.	1	2	3	4
33. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma cómo me sentía.	1	2	3	4
34. Cambié algo de mí.	1	2	3	4
35. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugarmejor que el presente.	1	2	3	4
36. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.	1	2	3	4
37.Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	1	2	3	4
38. Me preparé para lo peor.	1	2	3	4
39. Repasé mentalmente lo que haría o diría.	1	2	3	4
40. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.	1	2	3	4
41. Intenté ver las cosas desde el punto de vista dela otra persona.	1	2	3	4
42. Me recordé a mí mismo cuanto peor podríanser las cosas.	1	2	3	4
43. Me puse a trotar o hice otro ejercicio.	1	2	3	4

PARTE III

Cuál de las siguientes categorías caracterizan mejor la situación estresante que seleccionaste inicialmente.

Daño o Pérdida: Evento en el cual has recibido alguna herida a tu estima propia o a tu bienestar físico o social, tal como, una enfermedad incapacitante o la muerte de un familiar _____

Amenaza: Se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero se consideran amenazantes por la carga negativa que en el futuro llevarán consigo._____

Desafío o Reto: Ante una situación amenazante la persona valora sus fuerzas como positivas para vencer en la confrontación.

ANEXO E

ITEMS DE CADA SUBESCALA

Escala Nº 1 **AFRONTAMIENTO ACTIVO**
Item 2 "Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor"
Item 15 "Busqué algún resquisio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno"
Item 18 "Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona"
Item 19 "Me dije a mi mismo cosas que me hicieron sentir mejor"
Item 20 "Me sentí inspirado para hacer algo creativo"
Item 23 "Cambié maduré como persona"
Item 34 "Tomé una decisión muy importante o hice algo muy arriesgado"
Item 36 "Tuve fé en algo nuevo"
Item 37 "Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara"
Item 38 "Redescubrí lo que es importante en la vida"
Item 39 "Cambié algo para que las cosas fueran bien"
Item 41 "No permití que me venciera rehusé pensar en el problema mucho tiempo"
Item 46 "Me mantuve firme y peleé por lo que quería"
Item 49 "Sabía lo que había que hacer así que redoble mis esfuerzos para que las cosas marcharan bien"
Item 51 "Me prometí a mi mismo que las cosas serían ditintas la proxima vez"
Item 52 "Propuse un par de soluciones distintas al problema"

Escala Nº 2 **EVITACION**
Item 2 "Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor"
Item 18 "Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona"
Item 21 "Intenté olvidarme de todo"
Item 24 "Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada"
Item 32 "Me alejé del problema por un timpo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones"
Item 45 "Le conté a alguien como me sentía"
Item 54 "Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas"
Item 55 "Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía"
Item 58 "Deseé que la situación se desvaneciera o terminará de algun modo"
Item 64 "Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona"

Escala Nº 3 **ATRIBUCION**
Item 2 "Intenté analizar el problema para comprenderla mejor"
Item 6 "Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada"
Item 7 "Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión"
Item 9 "Me critiqué o me sermoneé a mi mismo"
Item 25 "Me disculpé o hice algo para compensar"
Item 39 "Cambié algo para que las cosas fueran bien"
Item 51 "Me prometí a mi mismo que las cosas serian distintas la proxima vez"
Item 52 "Propuse un par de soluciones distintas al problema"
Item 59 "Fantaseé e imaginé el modo en que podían cambiar las cosas"

Item 62 "Repasé mentalmente lo que haría o diría"
Item 63 "Pensé como dominaría la situación alguna persona a quién admiro y la tomé como modelo"
Item 64 "Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona"

Escala Nº 4 **BUSCAR APOYO E INFORMACION**
Item 8 "Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación"
Item 18 "Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona"
Item 28 "De algún modo expresé mis sentimientos"
Item 31 "Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema"
Item 36 "Tuve fé en algo nuevo"
Item 42 "Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo"
Item 45 "Le conté a alguien cómo me sentía"
Item 63 "Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo"

Escala Nº 5 **AFRONTAMIENTO ACTIVO RACIONAL**
Item 37 "Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara"
Item 41 "No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema por mucho tiempo"
Item 49 "Sabía lo que había que hacer así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien"
Item 61 "Me preparé para lo peor"
Item 62 "Repasé mentalmente lo que haría o diría"
Item 63 "Pensé cómo dominaría la situación alguna persona aquien admiro y la tomé como modelo"
Item 65 "Me recordé a mí mismo cuanto peor podían ser las cosas"

Escala Nº6 **CONFORMISMO**
Item 4 "Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar"
Item 6 "Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada"
Item11 "Confié en que ocurriera un milagro"
Item 21 "Intenté olvidarme de todo"
Item 23 "Cambié, maduré como persona"
Item 24 "Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada"
Item 27 "Acepté la segunda posibilidad en lugar de la que yo quería"
Item 36 "Tuve fé en algo nuevo"
Item 38 "Redescubrí lo que es importante en la vida"
Item 41 "No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo"
Item 65 "Me recordé a mí mismo cuánto peor podría ser las cosas"

Escala Nº7 **SOLUCION FANTASEOSA**
Item 56 "Cambié algo de mí"
Item 57 "Soñé o imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente"
Item 58 "Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo"
Item 59 "Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas"

A N E X O F

NORMAS PARA PUNTAJE TOTAL (ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS)

X_1 : NTOT

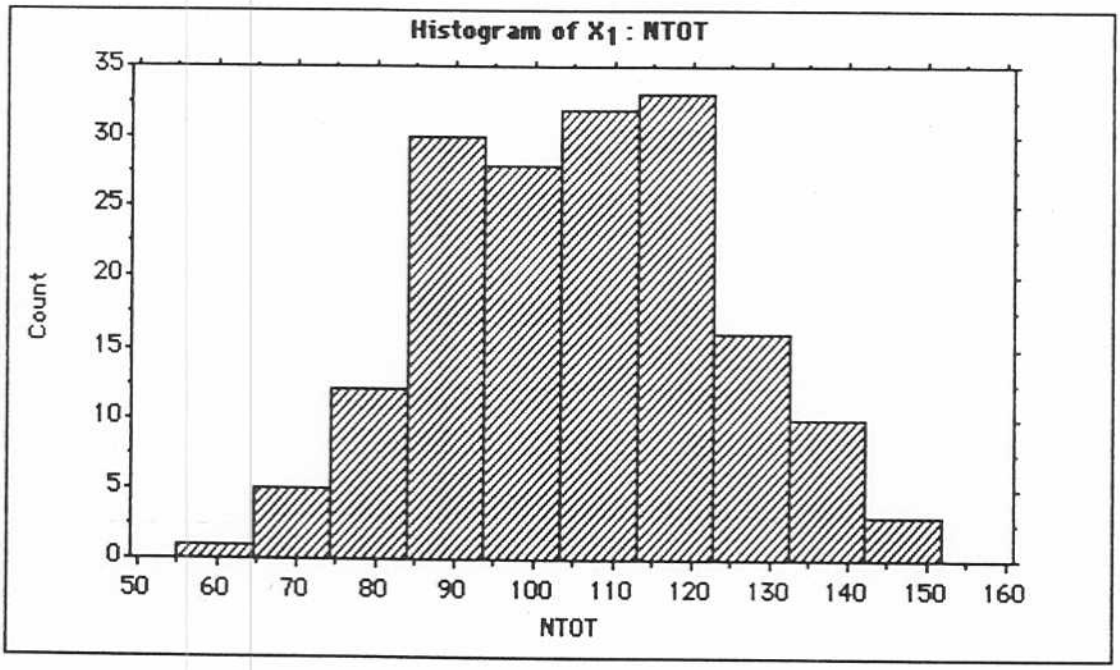
Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:	Variance:	Coef. Var.:	Count:
106.076	18.1	1.388	327.61	17.063	170
Minimum:	Maximum:	Range:	Sum:	Sum Squared:	# Missing:
56	152	96	18033	1968243	56
# < 10th %:	10th %:	25th %:	50th %:	75th %:	90th %:
17	83.5	92	107.5	120	127.5
# > 90th %:	Mode:	Kurtosis:	Skewness:		
17	•	-.459	-.032		

NORMAS PARA PUNTAJE TOTAL (ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS)

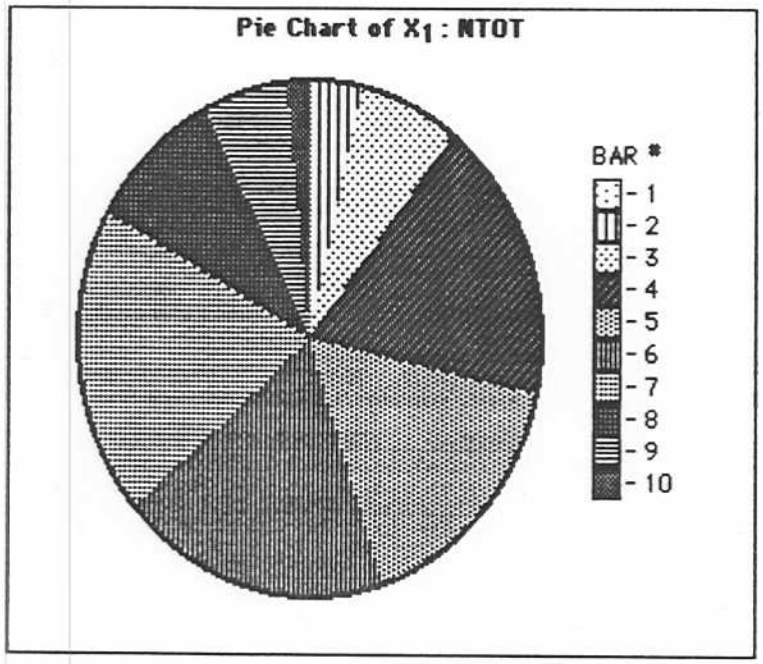
X_1 : NTOT

Bar:	From: (>)	To: (≤)	Count:	Percent:	
1	55	64.7	1	.588	
2	64.7	74.4	5	2.941	
3	74.4	84.1	12	7.059	
4	84.1	93.8	30	17.647	
5	93.8	103.5	28	16.471	
6	103.5	113.2	32	18.824	
7	113.2	122.9	33	19.412	-Mode
8	122.9	132.6	16	9.412	
9	132.6	142.3	10	5.882	
10	142.3	152	3	1.765	

NORMAS PARA PUNTAJE TOTAL (HISTOGRAMA)



NORMAS PARA PUNTAJE TOTAL



NORMAS POR SUBESCALAS (ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS)

X_1 : ESC1

Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:	Variance:	Coef. Var.:	Count:
2.759	.546	.036	.298	19.778	224
Minimum:	Maximum:	Range:	Sum:	Sum Squared:	# Missing:
1.4	3.933	2.533	617.933	1771.036	2
# < 10th %:	10th %:	25th %:	50th %:	75th %:	90th %:
18	2	2.4	2.8	3.133	3.467
# > 90th %:	Mode:	Kurtosis:	Skewness:		
20	2.867	-.473	-.127		

1

X_2 : ESC2

Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:	Variance:	Coef. Var.:	Count:
2.561	.524	.035	.275	20.48	224
Minimum:	Maximum:	Range:	Sum:	Sum Squared:	# Missing:
1	3.9	2.9	573.6	1530.16	2
# < 10th %:	10th %:	25th %:	50th %:	75th %:	90th %:
20	1.9	2.2	2.6	2.9	3.2
# > 90th %:	Mode:	Kurtosis:	Skewness:		
20	2.5	-.184	-.106		

2

X_3 : ESC3

Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:	Variance:	Coef. Var.:	Count:
2.295	.539	.037	.29	23.47	217
Minimum:	Maximum:	Range:	Sum:	Sum Squared:	# Missing:
1	3.636	2.636	498	1205.537	9
# < 10th %:	10th %:	25th %:	50th %:	75th %:	90th %:
22	1.564	1.909	2.273	2.636	3
# > 90th %:	Mode:	Kurtosis:	Skewness:		
21	2.182	-.336	.018		

3

NORMAS POR SUBESCALAS (ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS)

X_4 : ESC4

Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:	Variance:	Coef. Var.:	Count:
2.729	.668	.045	.446	24.466	225
Minimum:	Maximum:	Range:	Sum:	Sum Squared:	# Missing:
1	4	3	614	1775.389	1
# < 10th %:	10th %:	25th %:	50th %:	75th %:	90th %:
15	1.833	2.167	2.833	3.167	3.667
# > 90th %:	Mode:	Kurtosis:	Skewness:		
12	3	-.545	-.179		

4

X_5 : ESC5

Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:	Variance:	Coef. Var.:	Count:
2.374	.603	.04	.364	25.412	224
Minimum:	Maximum:	Range:	Sum:	Sum Squared:	# Missing:
1	4	3	531.8	1343.72	2
# < 10th %:	10th %:	25th %:	50th %:	75th %:	90th %:
15	1.6	2	2.4	2.8	3.2
# > 90th %:	Mode:	Kurtosis:	Skewness:		
18	2.4	-.2	.17		

5

X_6 : ESC6

Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:	Variance:	Coef. Var.:	Count:
2.271	.505	.034	.255	22.251	219
Minimum:	Maximum:	Range:	Sum:	Sum Squared:	# Missing:
1.182	3.636	2.455	497.364	1185.215	7
# < 10th %:	10th %:	25th %:	50th %:	75th %:	90th %:
17	1.636	1.909	2.273	2.636	2.909
# > 90th %:	Mode:	Kurtosis:	Skewness:		
21	2.273	-.625	.21		

6

NORMAS POR SUBESCALAS (ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS)

X_7: ESC7

Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:	Variance:	Coef. Var.:	Count:
2.607	.875	.059	.765	33.558	222
Minimum:	**Maximum:**	**Range:**	**Sum:**	**Sum Squared:**	**# Missing:**
1	4	3	578.75	1677.938	4
# < 10th %:	**10th %:**	**25th %:**	**50th %:**	**75th %:**	**90th %:**
11	1.25	2	2.5	3.25	4
# > 90th %:	**Mode:**	**Kurtosis:**	**Skewness:**		
0	3	-.931	-.05		

7

NORMAS POR SUBESCALAS

X_1 : ESC1

Bar:	From: (>)	To: (≤)	Count:	Percent:	
1	0	1	0	0	
2	1	2	23	10.268	
3	2	3	127	56.696	-Mode 1
4	3	4	74	33.036	

X_2 : ESC2

Bar:	From: (>)	To: (≤)	Count:	Percent:	
1	0	1	1	.446	
2	1	2	36	16.071	
3	2	3	147	65.625	-Mode 2
4	3	4	40	17.857	

X_3 : ESC3

Bar:	From: (>)	To: (≤)	Count:	Percent:	
1	0	1	1	.461	
2	1	2	69	31.797	
3	2	3	126	58.065	-Mode 3
4	3	4	21	9.677	

X_4 : ESC4

Bar:	From: (>)	To: (≤)	Count:	Percent:	
1	0	1	1	.444	
2	1	2	41	18.222	
3	2	3	112	49.778	-Mode 4
4	3	4	71	31.556	

NORMAS POR SUBESCALAS

X_5: ESC5

Bar:	From: (>)	To: (≤)	Count:	Percent:	
1	0	1	2	.893	
2	1	2	74	33.036	
3	2	3	125	55.804	-Mode 5
4	3	4	23	10.268	

X_6: ESC6

Bar:	From: (>)	To: (≤)	Count:	Percent:	
1	0	1	0	0	
2	1	2	78	35.616	
3	2	3	122	55.708	-Mode 6
4	3	4	19	8.676	

X_7: ESC7

Bar:	From: (>)	To: (≤)	Count:	Percent:	
1	0	1	11	4.955	
2	1	2	58	26.126	
3	2	3	90	40.541	-Mode 7
4	3	4	63	28.378	

NORMAS PARA VISION

X_1 : VISION

Bar:	Element:	Count:	Percent:	
1	Element 1	51	24.171	
2	Element 2	51	24.171	
3	Element 3	109	51.659	-Mode

Note: This category contains 61 more elements than the intervals specified.

A N E X O G

MATRIZ FACTORIAL

Items	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
2	.282	.389	.361				
4						.608	
6			.355			.358	
7			.351				
8				.608			
9			.501				
11						.533	
15	.508						
18	.687	.37		.473			
19	.542						
20	.62						
21		.407				.455	
23	.584					.327	
24		.409				.279	
25			.475				
27						.448	
28				.405			
31				.673			
32		.479					
34	.401						
36	.498			.346		.356	
37	.598				.366		
38	.576					.365	
39	.642		.336				
41	.401				.337	.301	
42				.669			
45		.394	.683				
46	.585						
49	.628				.297		
51	.304		.498				
52	.367		.584				
54		.559					
55		.643					
56							.871
57							.923
58		.559					.357
59			.291				.573
61					.75		
62			.312		.48		
63			.526	.313	.321		
64		.329	.461				
65					.533	.32	

ANEXO H

INSTRUCCIONES:

No voltees la hoja hasta que se te avise.
El presente cuestionario consta de **tres** partes con sus respectivas instrucciones.
Lee cuidadosamente el contenido de las mismas y **asegúrate** de responderlas todas.
Contesta **sinceramente** y trabaja de manera **individual**.
Este cuestionario es **anónimo**, no se requieren de datos personales.

Gracias por tu colaboración

Parte I

Lee atentamente el siguiente concepto:

Situación Estresante: aquella que las personas no pueden controlar o manejar según sus recursos y consecuentemente atenta contra su bienestar físico, psicológico o social.

De acuerdo a lo anterior, elije marcando con una **X** a tu izquierda, **una** de las situaciones que **hayas vivido** como más estresante en el último año:

_ Embarazo
_ Dificultades sexuales
_ Rompimiento amoroso
_ Problemas económicos serios
_ Comienzo o final de estudios
_ Fracaso académico
_ Preparación ante un exámen
_ Muerte de un familiar cercano
_ Enfermedad importante de familiar o amigo
_ Muerte de un amigo cercano
_ Peleas o dificultades serias con familiar
_ Enfermedad Personal
_ Cambios de residencia
_ Cambios de escuela o universidad
_ Faltas menores contra la ley
_ Préstamos o deudas
_ Otras

Parte II

Lee por favor **cada uno** de los items que se indican a continuación y rodea con un **círculo** la categoría que exprese en **qué medida actuastes** en la situación estresante que escogistes anteriormente:

	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
1. Me concentré exclusivamente en lo que tenía que hacer después de lo sucedido.	0	1	2	3
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación	0	1	2	3
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7 Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
8. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9. Me critiqué o me sermoneé a mí mismo.	0	1	2	3
10. No perdí las esperanzas sino que dejé alguna posibilidad abierta.	0	1	2	3
11. Confié en que ocurriera un milagro.	0	1	2	3
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte).	0	1	2	3
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15. Busqué algún resquicio de esperanza,por así decirlo;				

intenté mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16. Dormí más de lo habitual.	0	1	2	3
17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.	0	1	2	3
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentir mejor.	0	1	2	3
20 Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21. Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3
22. Busqué la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23. Cambié, maduré como persona.	0	1	2	3
24 Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
25. Me disculpé e hice algo para compenzar.	0	1	2	3
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí	0	1	2	3
27. Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería.	0	1	2	3
28. De algún modo expresé mis sentimientos.	0	1	2	3
29. Me dí cuenta que yo fuí la causa del problema.	0	1	2	3
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré.	0	1	2	3
31.Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	0	1	2	3
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.	0	1	2	3
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.	0	1	2	3
34. Tomé una decisión muy importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.	0	1	2	3
36. Tuve fé en algo nuevo.	0	1	2	3

37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38. Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
40.Evité estar con la gente en general.	0	1	2	3
41.No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.	0	1	2	3
42.Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.	0	1	2	3
43.Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.	0	1	2	3
44.No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.	0	1	2	3
45. Le conté a alguien cómo me sentía.	0	1	2	3
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería.	0	1	2	3
47.Me desquité con los demás.	0	1	2	3
48.Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado en una situación similar.	0	1	2	3
49.Sabía lo que había que hacer,así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1	2	3
50.Me negué a creer lo que había ocurrido.	0	1	2	3
51. Me prometí a mí mismo que las cosas sería distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52.Propuse un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53.Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas.	0	1	2	3
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma cómo me sentía.	0	1	2	3
56 Cambié algo de mí.	0	1	2	3
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugarmejor que el presente.	0	1	2	3
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de				

algún modo.	0	1	2	3
59.Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60.Recé.	0	1	2	3
61. Me preparé para lo peor.	0	1	2	3
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría.	0	1	2	3
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.	0	1	2	3
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista dela otra persona.	0	1	2	3
65. Me recordé a mí mismo cuanto peor podríanser las cosas.	0	1	2	3
66. Me puse a trotar o hice otro ejercicio.	0	1	2	3
67.Intenté algo distinto de todo lo anterior.(Por favor, descríbalo).	0	1	2	3

Espacio a utilizar en caso que la pregunta #67 sea afirmativa (1,2ó3)_____

_____

Parte III

Marca con una X en el espacio indicado, cual de las siguientes categorías caracteriza mejor la situación estresante que seleccionaste inicialmente:

Daño o Pérdida: Evento en el cual has recibido alguna herida a tu estima propia o a tu bienestar físico o social, tal como, una enfermedad incapacitante o o la muerte de un familiar ____

Amenaza: se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero se consideran amenazntes por la carga negativa que en el futuro llevarán consigo ____

Desafio o Reto: Ante una situación amenazante la persona valora sus fuerzas como positivas para vencer en la confrontación ____

Gracias por tu colaboración

ANEXO I

Ss Cáncer y Traumatología

1. Nivel Socio - Económico

	A	Ma	B	O	M	
Cáncer	2	6	10	7	5	30
Otro	1	6	8	12	3	30
	3	12	18	19	8	60

2 .Estado Civil

	S	C	Viuda	Divorciada	Otra	
Cáncer	3	13	4	4	6	30
Otro	4	17	3	3	3	30
	7	30	7	7	9	60

3. Hijos

	Si	No	
Cáncer	25	5	30
Otro	23	7	30
	48	12	60

4. Nivel de Instrucción

	≤ 6º grado	≥1er. año	
Cáncer	17	13	30
Otro	14	16	30
	31	29	60

5. Lugar de Nacimiento

	Monagas	Táchira	Caracas	Anzoátegui	Sucre	Guárico	Apure
Cáncer	0	1	7	3	2	1	2
Otro	4	3	9	2	3	1	0
subtotal	4	4	16	5	5	2	2

	Mérida	Cojedes	Bolivar	Zulia	Lara	Falcón	Carabobo
Cáncer	1	1	2	1	3	1	1
Otro	2	0	2	1	1	0	0
Subtotal	3	1	4	2	4	1	1

	Yaracuy	Portuguesa	Extrangeros	
Cáncer	1	2	1	30
Otro	0	0	2	30
Subtotal	1	2	3	60

6. Condición Médica

	Hospitalizados	Ambulatorios	
Cáncer	15	15	30
Otro	30	0	30
	45	15	60

7. Edad

	20-30	31-40	41-50	51-65	
Cáncer	2	12	9	7	30
Otro	12	6	7	5	30
	14	18	16	12	60

Ss con Cáncer

Fecha del Diagnóstico Inicial

Reciente	Metastasis	Remisión
21	7	2

A N E X O J

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR SUBGRUPOS EN LA MUESTRA PILOTO

Unpaired t-Test X_1 : GRUPO Y_1 : ESC1

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
222	.256	.7983

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Group 1	202	2.762	.541	.038
Group 2	22	2.73	.595	.127

1

Unpaired t-Test X_1 : GRUPO Y_2 : ESC2

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
222	.828	.4085

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Group 1	202	2.57	.527	.037
Group 2	22	2.473	.503	.107

2

Unpaired t-Test X_1 : GRUPO Y_3 : ESC3

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
215	3.479	6.0000E-4

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Group 1	195	2.337	.52	.037
Group 2	22	1.926	.575	.123

3

Unpaired t-Test X_1 : GRUPO Y_4 : ESC4

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
223	.459	.6464

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Group 1	203	2.736	.671	.047
Group 2	22	2.667	.651	.139

4

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR SUBGRUPOS EN LA MUESTRA PILOTO

Unpaired t-Test X_1 : GRUPO Y_5 : ESC5

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
222	-.807	.4207

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Group 1	202	2.363	.598	.042
Group 2	22	2.473	.661	.141

5

Unpaired t-Test X_1 : GRUPO Y_6 : ESC6

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
217	-2.913	.0039

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Group 1	198	2.239	.497	.035
Group 2	21	2.571	.492	.107

6

Unpaired t-Test X_1 : GRUPO Y_7 : ESC7

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
220	2.031	.0435

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Group 1	200	2.646	.857	.061
Group 2	22	2.25	.976	.208

7

Unpaired t-Test X_1 : GRUPO Y_8 : TTN

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
168	1.449	.1493

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Group 1	159	50.291	9.999	.793
Group 2	11	45.789	9.455	2.851

8

A N E X O K

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR NSE

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 1

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	4	636.847	159.212	1.664
Within groups	55	5263.153	95.694	p = .1716
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = 15.88

1

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 1

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
MA	10	52.939	9.465	2.993
B	18	47.005	10.304	2.429
O	19	49.236	8.307	1.906
M	9	50.019	11.83	3.943
A	4	59.72	9.837	4.918

2

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 1

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
MA vs. B	5.934	7.733	.591	1.538
MA vs. O	3.703	7.66	.235	.969
MA vs. M	2.92	9.008	.105	.65
MA vs. A	-6.781	11.599	.343	1.172
B vs. O	-2.231	6.449	.12	.693

3

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR NSE

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 1

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
B vs. M	-3.014	8.004	.142	.755
B vs. A	-12.715	10.838*	1.382	2.351
O vs. M	-.783	7.934	.01	.198
O vs. A	-10.484	10.786	.949	1.948
M vs. A	-9.701	11.782	.681	1.65

* Significant at 95%

4

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR NSE

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 2

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	4	275.914	68.979	.675
Within groups	55	5624.086	102.256	p = .6125
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = -8.319

1

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 2

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
MA	10	50.576	9.493	3.002
B	18	48.588	11.351	2.675
O	19	52.792	9.907	2.273
M	9	47.119	9.484	3.161
A	4	48.136	6.745	3.372

2

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 2

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
MA vs. B	1.988	7.994	.062	.499
MA vs. O	-2.216	7.918	.079	.561
MA vs. M	3.457	9.312	.138	.744
MA vs. A	2.44	11.99	.042	.408
B vs. O	-4.204	6.666	.399	1.264

3

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR NSE

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 3

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	4	116.026	29.007	.276
Within groups	55	5783.974	105.163	p = .8924
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = -19.039

1

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 3

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
MA	10	51.539	8.622	2.727
B	18	50.124	9.103	2.146
O	19	49.193	9.89	2.269
M	9	48.178	11.711	3.904
A	4	53.529	16.817	8.408

2

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 3

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
MA vs. B	1.415	8.106	.031	.35
MA vs. O	2.346	8.03	.086	.586
MA vs. M	3.361	9.444	.127	.713
MA vs. A	-1.99	12.16	.027	.328
B vs. O	.931	6.76	.019	.276

3

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR NSE

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 4

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	4	734.244	183.561	1.954
Within groups	55	5165.756	93.923	p = .1144
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = 22.41

1

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 4

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
MA	10	54.598	7.843	2.48
B	18	48.011	10.201	2.404
O	19	49.978	9.773	2.242
M	9	45.351	11.798	3.933
A	4	58.018	1.862	.931

2

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 4

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
MA vs. B	6.587	7.661	.742	1.723
MA vs. O	4.62	7.589	.372	1.22
MA vs. M	9.247	8.925*	1.078	2.077
MA vs. A	-3.42	11.491	.089	.596
B vs. O	-1.967	6.389	.095	.617

* Significant at 95%

3

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR NSE

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 5

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	4	267.841	66.96	.654
Within groups	55	5632.159	102.403	p = .6266
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = -8.861

1

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 5

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
MA	10	53.145	11.398	3.604
B	18	49.705	10.509	2.477
O	19	50.584	9.488	2.177
M	9	45.774	10.319	3.44
A	4	50.197	6.137	3.069

2

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 5

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
MA vs. B	3.44	7.999	.186	.862
MA vs. O	2.56	7.924	.105	.648
MA vs. M	7.371	9.319	.628	1.585
MA vs. A	2.948	11.999	.061	.492
B vs. O	-.879	6.671	.017	.264

3

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR NSE

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 6

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	4	192.332	48.083	.463
Within groups	55	5707.668	103.776	p = .7623
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = -13.923

1

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 6

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
MA	10	51.631	11.879	3.756
B	18	47.445	8.545	2.014
O	19	51.592	9.68	2.221
M	9	49.908	12.959	4.32
A	4	50.062	7.444	3.722

2

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 6

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
MA vs. B	4.186	8.053	.271	1.042
MA vs. O	.039	7.977	2.3855E-5	.01
MA vs. M	1.724	9.381	.034	.368
MA vs. A	1.57	12.079	.017	.26
B vs. O	-4.147	6.716	.383	1.238

3

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR NSE

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 7

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	4	499.378	124.845	1.271
Within groups	55	5400.622	98.193	p = .2924
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = 6.663

1

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 7

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
MA	10	51.282	8.515	2.693
B	18	50.462	9.631	2.27
O	19	52.27	9.749	2.237
M	9	46.529	10.335	3.445
A	4	41.742	14.214	7.107

2

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T SUB 7

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
MA vs. B	.821	7.833	.011	.21
MA vs. O	-.988	7.759	.016	.255
MA vs. M	4.753	9.125	.272	1.044
MA vs. A	9.54	11.75	.662	1.627
B vs. O	-1.809	6.533	.077	.555

3

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR NSE

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T TOTAL

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	4	266.146	66.537	.65
Within groups	55	5633.854	102.434	p = .6296
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = -8.974

1

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T TOTAL

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
MA	10	52.973	9.689	3.064
B	18	48.048	9.785	2.306
O	19	50.658	10.193	2.338
M	9	47.632	11.194	3.731
A	4	53.552	9.81	4.905

2

One Factor ANOVA X_1 : NSE 2 Y_1 : T TOTAL

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
MA vs. B	4.925	8	.381	1.234
MA vs. O	2.315	7.925	.086	.585
MA vs. M	5.341	9.32	.33	1.149
MA vs. A	-.579	12.001	2.336E-3	.097
B vs. O	-2.61	6.672	.154	.784

3

A N E X O L

Multiple Regression Y1 :TOT 43 X variables

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
169	977	955	94	5.608

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	43	94694.273	1969.402	62.629
RESIDUAL	126	3962.133	31.445	p = 1.0000E-4
TOTAL	169	88646.406		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)].	e ≥ 0.	e < 0.	D-W test.
7966.907	04	06	2.011

Note: 36 cases deleted with missing values.

ANEXO M

DEFINICION DE CADA SUBESCALA

1.- AFRONTAMIENTO ACTIVO : Esta estrategia se distingue por suponer una postura eminentemente activa para encontrar soluciones a los problemas planteados. Sugiere cierto grado de hostilidad y riesgo, buscando alternativas bajo un prisma racional. Con esta estrategia se intenta básicamente mantener la situación bajo control.

2.- EVITACION : Se caracteriza por pensamientos y conductas dirigidos a escapar del problema. Se da un rechazo a reflexionar sobre la situación o a sentirse implicado en los problemas que la misma plantea. Con esta estrategia se intenta experimentar tan pocos sentimientos como sea posible.

3.- ATRIBUCION : Se utiliza para disminuir la incertidumbre y aumentar la sensación de control sobre los acontecimientos y consiste en atribuir los efectos negativos que se experimentan, a causas concretas. A menudo se culpa el comportamiento de otras personas o al propio.

4.- BUSCAR APOYO E INFORMACION : describe esfuerzos para buscar apoyo emocional y/o material. Se intenta con ello combatir sentimientos negativos y buscar significados positivos de la situación por medio de los demás; además, en el contacto con los otros, estos pueden proporcionar información útil para la solución real del problema.

5.- AFRONTAMIENTO ACTIVO RACIONAL : describe esfuerzos cognitivos por comprender mejor el problema, por analizar, conocer nuevos elementos del mismo, estudiar las posibles vías de solución y planificar su implementación de manera lógica. También considera el estudio de toma de decisiones.

6.- CONFORMISMO : se caracteriza por una actitud pasiva y de aceptación, donde las soluciones no son planteadas por el sujeto afectado, sino más bien, se espera que lleguen de afuera. Incluye pensamientos y acciones que minimicen el significado lesivo que la situación pueda tener y así adaptarse a ella.

7.- SOLUCION FANTASIOSA : describe pensamientos novelísticos o soluciones imaginadas por el sujeto. Es una forma de alejarse del hecho estresante y poder aliviar sus efectos nocivos.

A N E X O N

INFLUENCIA DEL NIVEL DE INSTRUCCION SOBRE EL AFRONTAMIENTO

Unpaired t-Test X_1 : CAT INST Y_1 : SUB 1

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	1.803	.0766

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
ALTA	26	3.144	.346	.068
BAJA	34	2.974	.373	.064

1

Unpaired t-Test X_1 : CAT INST Y_2 : SUB 2

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-1.828	.0727

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
ALTA	26	2.612	.462	.091
BAJA	34	2.841	.497	.085

2

Unpaired t-Test X_1 : CAT INST Y_3 : SUB 3

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	.541	.5903

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
ALTA	26	2.378	.57	.112
BAJA	34	2.304	.491	.084

3

Unpaired t-Test X_1 : CAT INST Y_4 : SUB 4

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	.557	.5796

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
ALTA	26	3.106	.592	.116
BAJA	34	3.026	.518	.089

4

INFLUENCIA DEL NIVEL DE INSTRUCCION SOBRE EL AFRONTAMIENTO

Unpaired t-Test X_1 : CAT INST Y_5 : SUB 5

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	.285	.777

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
ALTA	26	3.082	.515	.101
BAJA	34	3.046	.468	.08

5

Unpaired t-Test X_1 : CAT INST Y_6 : SUB 6

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-.365	.7168

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
ALTA	26	2.857	.52	.102
BAJA	34	2.904	.477	.082

6

Unpaired t-Test X_1 : CAT INST Y_7 : SUB 7

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-.7	.4868

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
ALTA	26	2.587	.851	.167
BAJA	34	2.735	.788	.135

7

Unpaired t-Test X_1 : CAT INST Y_8 : T TOTAL

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	.161	.8729

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
ALTA	26	50.239	10.513	2.062
BAJA	34	49.817	9.745	1.671

8

A N E X O O

INFLUENCIA DEL TIPO DE DIAGNOSTICO SOBRE EL AFRONTAMIENTO EN LOS SUJETOS CANCEROSOS

One Factor ANOVA X_1 : TIPO Y_1 : SUB 1

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	.088	.044	.312
Within groups	27	3.798	.141	p = .7347
Total	29	3.886		

Model II estimate of between component variance = -.048

1

One Factor ANOVA X_1 : TIPO Y_1 : SUB 1

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
A (Recianta)	18	2.955	.392	.092
B (Remisión)	7	2.857	.206	.078
C (Metástasis)	5	3.025	.481	.215

2

One Factor ANOVA X_1 : TIPO Y_1 : SUB 1

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
A vs. B	.098	.343	.171	.585
A vs. C	-.07	.389	.068	.37
B vs. C	-.168	.451	.292	.764

3

One Factor ANOVA X_1: TIPO Y_2: SUB 2

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	.118	.059	.228
Within groups	27	6.977	.258	p = .798
Total	29	7.095		

Model II estimate of between component variance = -.1

4

One Factor ANOVA X_1: TIPO Y_2: SUB 2

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
A	18	2.861	.458	.108
B	7	2.771	.668	.252
C	5	2.7	.43	.192

5

One Factor ANOVA X_1: TIPO Y_2: SUB 2

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
A vs. B	.09	.465	.078	.396
A vs. C	.161	.527	.197	.627
B vs. C	.071	.611	.029	.24

6

One Factor ANOVA X_1 : TIPO Y_3 : SUB 3

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	.082	.041	.146
Within groups	27	7.577	.281	p = .8645
Total	29	7.659		

Model II estimate of between component variance = -.12

7

One Factor ANOVA X_1 : TIPO Y_3 : SUB 3

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
A	18	2.282	.52	.123
B	7	2.155	.489	.185
C	5	2.25	.621	.278

8

One Factor ANOVA X_1 : TIPO Y_3 : SUB 3

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
A vs. B	.128	.484	.146	.541
A vs. C	.032	.55	7.322E-3	.121
B vs. C	-.095	.637	.047	.307

9

INFLUENCIA DEL TIPO DE DIAGNOSTICO SOBRE EL AFRONTAMIENTO EN LOS SUJETOS CANCEROSOS

One Factor ANOVA X_1 : TIPO Y_4 : SUB 4

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	.068	.034	.093
Within groups	27	9.947	.368	p = .9119
Total	29	10.015		

Model II estimate of between component variance = -.167

10

One Factor ANOVA X_1 : TIPO Y_4 : SUB 4

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
A	18	2.882	.613	.145
B	7	2.982	.647	.245
C	5	2.975	.511	.228

11

One Factor ANOVA X_1 : TIPO Y_4 : SUB 4

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
A vs. B	-.1	.555	.069	.371
A vs. C	-.093	.63	.046	.303
B vs. C	7.143E-3	.729	2.0197E-4	.02

12

INFLUENCIA DEL TIPO DE DIAGNOSTICO SOBRE EL AFRONTAMIENTO EN LOS SUJETOS CANCEROSOS

One Factor ANOVA X_1: TIPO Y_5: SUB 5

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	.037	.018	.08
Within groups	27	6.174	.229	p = .9231
Total	29	6.21		

Model II estimate of between component variance = -.105

13

One Factor ANOVA X_1: TIPO Y_5: SUB 5

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
A	18	3.063	.488	.115
B	7	2.98	.491	.186
C	5	3.057	.412	.184

14

One Factor ANOVA X_1: TIPO Y_5: SUB 5

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
A vs. B	.084	.437	.078	.394
A vs. C	6.349E-3	.496	3.4495E-4	.026
B vs. C	-.078	.575	.038	.277

15

INFLUENCIA DEL TIPO DE DIAGNOSTICO SOBRE EL AFRONTAMIENTO EN LOS SUJETOS CANCEROSOS

One Factor ANOVA X_1 : TIPO Y_6 : SUB 6

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	.401	.201	.977
Within groups	27	5.544	.205	p = .3893
Total	29	5.945		

Model II estimate of between component variance = -2.343E-3

16

One Factor ANOVA X_1 : TIPO Y_6 : SUB 6

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
A	18	2.975	.472	.111
B	7	2.818	.43	.162
C	5	2.673	.405	.181

17

One Factor ANOVA X_1 : TIPO Y_6 : SUB 6

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
A vs. B	.157	.414	.301	.776
A vs. C	.302	.47	.869	1.318
B vs. C	.145	.544	.15	.548

18

One Factor ANOVA X_1: TIPO Y_7: SUB.7

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	1.233	.616	.669
Within groups	27	24.861	.921	p = .5203
Total	29	26.094		

Model II estimate of between component variance = -.152

19

One Factor ANOVA X_1: TIPO Y_7: SUB 7

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
A	18	2.778	.826	.195
B	7	2.5	1.07	.405
C	5	2.25	1.262	.565

20

One Factor ANOVA X_1: TIPO Y_7: SUB 7

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
A vs. B	.278	.877	.211	.65
A vs. C	.528	.995	.592	1.088
B vs. C	.25	1.153	.099	.445

21

INFLUENCIA DEL TIPO DE DIAGNOSTICO SOBRE EL AFRONTAMIENTO EN LOS SUJETOS CANCEROSOS

One Factor ANOVA X_1: TIPO Y_8: T TOTAL

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	4.548	2.274	.02
Within groups	27	2996.682	110.988	p = .9797
Total	29	3001.23		

Model II estimate of between component variance = -54.357

22

One Factor ANOVA X_1: TIPO Y_8: T TOTAL

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
A	18	48.616	10.774	2.539
B	7	47.837	11.484	4.341
C	5	47.798	7.619	3.407

23

One Factor ANOVA X_1: TIPO Y_8: T TOTAL

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
A vs. B	.778	9.63	.014	.166
A vs. C	.817	10.929	.012	.153
B vs. C	.039	12.658	1.9891E-5	6.307E-3

24

A N E X O P

INFLUENCIA DE LA SITUACION SOBRE EL AFRONTAMIENTO

Unpaired t-Test X_1 : SITUAC Y_1 : SUB 1

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	.849	.3993

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PER	40	3.077	.311	.049
AJ	20	2.991	.467	.104

1

Unpaired t-Test X_1 : SITUAC Y_2 : SUB 2

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-.927	.3577

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PER	40	2.7	.45	.071
AJ	20	2.825	.57	.128

2

Unpaired t-Test X_1 : SITUAC Y_3 : SUB 3

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-1.651	.1041

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PER	40	2.258	.529	.084
AJ	20	2.492	.489	.109

3

Unpaired t-Test X_1 : SITUAC Y_4 : SUB 4

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-.517	.6071

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PER	40	3.034	.544	.086
AJ	20	3.112	.566	.127

4

INFLUENCIA DE LA SITUACION SOBRE EL AFRONTAMIENTO

Unpaired t-Test X_1 : SITUAC Y_5 : SUB 5

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-1.244	.2186

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PER	40	3.007	.477	.075
AJ	20	3.171	.494	.11

5

Unpaired t-Test X_1 : SITUAC Y_6 : SUB 6

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-1.201	.2345

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PER	40	2.83	.454	.072
AJ	20	2.991	.557	.125

6

Unpaired t-Test X_1 : SITUAC Y_7 : SUB 7

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	.983	.3297

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PER	40	2.744	.912	.144
AJ	20	2.525	.555	.124

7

Unpaired t-Test X_1 : SITUAC Y_8 : T TOTAL

DF:	Unpaired t Value:	Prob. (2-tail):
58	-.768	.4456

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PER	40	49.296	9.439	1.492
AJ	20	51.407	11.16	2.495

8

A N E X O Q

CORRELACION ENTRE EDAD Y AFRONTAMIENTO

Corr. Coeff. X_1 : EDAD Y_1 : SUB 1

Count:	Covariance:	Correlation:	R-squared:
60	-.784	-.202	.041

1

Corr. Coeff. X_1 : EDAD Y_2 : SUB 2

Count:	Covariance:	Correlation:	R-squared:
60	.251	.049	2.356E-3

2

Corr. Coeff. X_1 : EDAD Y_3 : SUB 3

Count:	Covariance:	Correlation:	R-squared:
60	-1.183	-.215	.046

3

Corr. Coeff. X_1 : EDAD Y_4 : SUB 4

Count:	Covariance:	Correlation:	R-squared:
60	-.899	-.156	.024

4

Corr. Coeff. X_1 : EDAD Y_5 : SUB 5

Count:	Covariance:	Correlation:	R-squared:
60	-1.356	-.266	.071

5

CORRELACION ENTRE EDAD Y AFRONTAMIENTO

Corr. Coeff. X_1: EDAD Y_6: SUB 6

Count:	Covariance:	Correlation:	R-squared:
60	-.354	-.068	4.677E-3

6

Corr. Coeff. X_1: EDAD Y_7: SUB 7

Count:	Covariance:	Correlation:	R-squared:
60	-1.319	-.154	.024

7

Corr. Coeff. X_1: EDAD Y_8: T TOTAL

Count:	Covariance:	Correlation:	R-squared:
60	-14.607	-.139	.019

8

A N E X O R

ACOVAR

One Factor ANOVA X_1: ENFERMEDAD Y_1 : RES 1

Analysis of Variance Table

Source	DF :	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	1	293.731	293.731	3.449
Within groups	57	4855.003	85.175	p=.0661
Total	58	5148.734		

Model IIestimate of between component variance = 210.025

Covariable : visión (percepción primaria)

INFLUENCIA DE VISION SOBRE AFRONTAMIENTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T SUB 1

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	992.341	496.171	5.763
Within groups	57	4907.659	86.099	p = .0053
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = 205.036

1

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T SUB 1

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
DAÑO	16	45.945	11.413	2.853
AMEZ	9	43.991	11.239	3.746
RETO	35	53.399	7.56	1.278

2

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T SUB 1

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
DAÑO vs. AMEZ	1.954	7.743	.128	.505
DAÑO vs. RETO	-7.453	5.608*	3.542*	2.662
AMEZ vs. RETO	-9.408	6.945*	3.68*	2.713

* Significant at 95%

3

INFLUENCIA DE VISION SOBRE AFRONTAMIENTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T SUB 2

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	61.031	30.516	.298
Within groups	57	5838.969	102.438	p = .7435
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = -35.961

1

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T SUB 2

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
DAÑO	16	51.059	8.048	2.012
AMEZ	9	51.412	11.658	3.886
RETO	35	49.153	10.544	1.782

2

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T SUB 2

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
DAÑO vs. AMEZ	-.353	8.446	3.505E-3	.084
DAÑO vs. RETO	1.907	6.117	.195	.624
AMEZ vs. RETO	2.26	7.575	.178	.597

3

INFLUENCIA DE VISION SOBRE AFRONTAMIENTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_2 : T SUB 3

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	63.041	31.52	.308
Within groups	57	5836.959	102.403	p = .7363
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = -35.441

4

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_2 : T SUB 3

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
DAÑO	16	50.245	8.205	2.051
AMEZ	9	52.246	12.022	4.007
RETO	35	49.31	10.391	1.756

5

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_2 : T SUB 3

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
DAÑO vs. AMEZ	-2.001	8.444	.113	.475
DAÑO vs. RETO	.935	6.116	.047	.306
AMEZ vs. RETO	2.936	7.574	.301	.776

6

INFLUENCIA DE VISION SOBRE AFRONTAMIENTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T SUB 4

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	29.119	14.559	.141
Within groups	57	5870.881	102.998	p = .8685
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = -44.219

1

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T SUB 4

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
DAÑO	16	49.183	8.607	2.152
AMEZ	9	51.431	14.883	4.961
RETO	35	50.005	9.374	1.585

2

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T SUB 4

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
DAÑO vs. AMEZ	-2.248	8.469	.141	.532
DAÑO vs. RETO	-.822	6.134	.036	.269
AMEZ vs. RETO	1.426	7.596	.071	.376

3

INFLUENCIA DE VISION SOBRE AFRONTAMIENTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_2 : T SUB 5

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	97.516	48.758	.479
Within groups	57	5802.484	101.798	p = .6219
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = -26.52

4

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_2 : T SUB 5

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
DAÑO	16	52.039	7.679	1.92
AMEZ	9	50.033	10.743	3.581
RETO	35	49.059	10.839	1.832

5

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_2 : T SUB 5

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
DAÑO vs. AMEZ	2.007	8.419	.114	.477
DAÑO vs. RETO	2.98	6.098	.479	.979
AMEZ vs. RETO	.973	7.552	.033	.258

6

INFLUENCIA DE VISION SOBRE AFRONTAMIENTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T SUB 6

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	127.768	63.884	.631
Within groups	57	5772.232	101.267	p = .5358
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = -18.692

1

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T SUB 6

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
DAÑO	16	48.907	8.763	2.191
AMEZ	9	53.396	10.369	3.456
RETO	35	49.626	10.517	1.778

2

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T SUB 6

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
DAÑO vs. AMEZ	-4.488	8.397	.573	1.07
DAÑO vs. RETO	-.719	6.082	.028	.237
AMEZ vs. RETO	3.769	7.532	.502	1.002

3

INFLUENCIA DE VISION SOBRE AFRONTAMIENTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_2 : T SUB 7

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	68.727	34.364	.336
Within groups	57	5831.273	102.303	p = .7161
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = -33.97

4

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_2 : T SUB 7

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
DAÑO	16	51.552	8.935	2.234
AMEZ	9	48.239	7.125	2.375
RETO	35	49.744	11.151	1.885

5

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_2 : T SUB 7

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
DAÑO vs. AMEZ	3.313	8.44	.309	.786
DAÑO vs. RETO	1.808	6.113	.175	.592
AMEZ vs. RETO	-1.505	7.57	.079	.398

6

INFLUENCIA DE VISION SOBRE AFRONTAMIENTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T TOTAL

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	2.329	1.165	.011
Within groups	57	5897.671	103.468	p = .9888
Total	59	5900		

Model II estimate of between component variance = -51.152

1

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T TOTAL

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
DAÑO	16	49.679	8.808	2.202
AMEZ	9	50.204	13.026	4.342
RETO	35	50.094	9.965	1.684

2

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : T TOTAL

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
DAÑO vs. AMEZ	-.525	8.488	7.668E-3	.124
DAÑO vs. RETO	-.415	6.148	9.122E-3	.135
AMEZ vs. RETO	.11	7.613	4.2044E-4	.029

3

A N E X O S

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR VISION EN LA MUESTRA PILOTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : ESC1

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	3.375	1.688	5.987
Within groups	207	58.349	.282	p = .003
Total	209	61.725		

Model II estimate of between component variance = .703

1

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : ESC1

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Element 1 (Daño)	50	2.672	.583	.082
Element 2 (Amenaza)	51	2.558	.517	.072
Element 3 (Reto)	109	2.856	.512	.049

2

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_1 : ESC1

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
Element 1 vs. Element 2	.114	.208	.58	1.077
Element 1 vs. Element 3	-.184	.179*	2.051	2.025
Element 2 vs. Element 3	-.297	.178*	5.454*	3.303

* Significant at 95%

3

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR VISION EN LA MUESTRA PILOTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_2 : ESC2

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	3.299	1.65	6.182
Within groups	206	54.97	.267	p = .0025
Total	208	58.269		

Model II estimate of between component variance = .691

4

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_2 : ESC2

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Element 1 (Daño)	50	2.734	.555	.078
Element 2 (amenaza)	50	2.634	.409	.058
Element 3 (Reto)	109	2.442	.541	.052

5

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_2 : ESC2

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
Element 1 vs. Element 2	.1	.204	.468	.968
Element 1 vs. Element 3	.292	.174*	5.469*	3.307
Element 2 vs. Element 3	.192	.174*	2.363	2.174

* Significant at 95%

6

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR VISION EN LA MUESTRA PILOTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_3 : ESC3

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	.023	.011	.039
Within groups	201	59.068	.294	p = .9618
Total	203	59.09		

Model II estimate of between component variance = -.141

7

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_3 : ESC3

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Element 1	49	2.265	.586	.084
Element 2	50	2.293	.511	.072
Element 3	105	2.288	.535	.052

8

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_3 : ESC3

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
Element 1 vs. Element 2	-.027	.215	.032	.252
Element 1 vs. Element 3	-.023	.185	.03	.245
Element 2 vs. Element 3	4.416E-3	.184	1.124E-3	.047

9

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR VISION EN LA MUESTRA PILOTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_4 : ESC4

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	.062	.031	.069
Within groups	208	94.132	.453	p = .9338
Total	210	94.194		

Model II estimate of between component variance = -.211

10

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_4 : ESC4

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Element 1	51	2.748	.789	.11
Element 2	51	2.709	.604	.085
Element 3	109	2.708	.644	.062

11

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_4 : ESC4

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
Element 1 vs. Element 2	.039	.263	.043	.294
Element 1 vs. Element 3	.04	.225	.063	.354
Element 2 vs. Element 3	1.199E-3	.225	5.5207E-5	.011

12

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR VISION EN LA MUESTRA PILOTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_5 : ESC5

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	1.876	.938	2.642
Within groups	207	73.488	.355	p = .0736
Total	209	75.364		

Model II estimate of between component variance = .292

13

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_5 : ESC5

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Element 1	51	2.376	.714	.1
Element 2	51	2.188	.479	.067
Element 3	108	2.419	.584	.056

14

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_5 : ESC5

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
Element 1 vs. Element 2	.188	.233	1.273	1.595
Element 1 vs. Element 3	-.042	.2	.086	.415
Element 2 vs. Element 3	-.23	.2*	2.587	2.275

* Significant at 95%

15

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR VISION EN LA MUESTRA PILOTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_6 : ESC6

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	1.24	.62	2.489
Within groups	204	50.839	.249	p = .0855
Total	206	52.08		

Model II estimate of between component variance = .185

16

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_6 : ESC6

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Element 1	50	2.393	.542	.077
Element 2	49	2.186	.495	.071
Element 3	108	2.231	.48	.046

17

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_6 : ESC6

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
Element 1 vs. Element 2	.207	.198*	2.132	2.065
Element 1 vs. Element 3	.161	.168	1.783	1.888
Element 2 vs. Element 3	-.046	.17	.143	.534

* Significant at 95%

18

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR VISION EN LA MUESTRA PILOTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_7 : ESC7

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	3.674	1.837	2.546
Within groups	204	147.165	.721	p = .0808
Total	206	150.839		

Model II estimate of between component variance = .558

19

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_7 : ESC7

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Element 1	50	2.81	.809	.114
Element 2	49	2.52	.927	.132
Element 3	108	2.491	.831	.08

20

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_7 : ESC7

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
Element 1 vs. Element 2	.29	.337	1.438	1.696
Element 1 vs. Element 3	.319	.286*	2.414	2.197
Element 2 vs. Element 3	.03	.288	.021	.203

* Significant at 95%

21

DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO POR VISION EN LA MUESTRA PILOTO

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_8 : TTN

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	274.997	137.498	1.405
Within groups	156	15268.501	97.875	p = .2485
Total	158	15543.498		

Model II estimate of between component variance = 19.812

22

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_8 : TTN

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Element 1	38	50.932	10.742	1.743
Element 2	39	47.379	8.645	1.384
Element 3	82	50.032	10.036	1.108

23

One Factor ANOVA X_1 : VISION Y_8 : TTN

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
Element 1 vs. Element 2	3.552	4.455	1.241	1.575
Element 1 vs. Element 3	.9	3.835	.107	.464
Element 2 vs. Element 3	-2.652	3.802	.95	1.378

24