



Universidad Veracruzana

Universidad Veracruzana



Instituto de Investigaciones Psicológicas
Universidad Veracruzana

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Doctorado en Psicología

Título de la tesis:

Respuesta emocional, ansiedad, supresión emocional,
sintomatología de estrés y cáncer de mama

LGAC: Psicología de la salud

Sustentante:

MDH Iván Montes Nogueira

Directora de tesis:

Dra. Tania Romo González de la Parra

Xalapa, Ver. 1 de marzo de 2019

Dra. Sara D. Ladrón de Guevara González
Rectora

Dra. María Magdalena Hernández Alarcón
Secretaria Académica

Dr. Ángel R. Trigos Landa
Director General de Investigaciones

Dr. Pedro Gutiérrez Aguilar
Director General del Área Académica de Ciencias de la Salud

Dr. José Rigoberto Gabriel Argüelles
Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado

Dr. Ricardo García Valdez
Director del Instituto de Investigaciones Psicológicas

Dra. María Erika Ortega Herrera
Coordinadora del Doctorado en Psicología

Sinodales

Dra. María del Rocío Hernández Pozo

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

Universidad Nacional Autónoma de México

Dra. Yamilet Ehrenzweig Sánchez

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Universidad Veracruzana

Dra. María Erika Ortega Herrera

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Universidad Veracruzana

Dra. Claudia Gutiérrez Sida

Facultad de Psicología-Xalapa

Universidad Veracruzana

Dra. Yolanda Campos Uscanga

Instituto de Salud Pública

Universidad Veracruzana

Agradecimientos

A mi familia, por el apoyo brindado durante el doctorado.

A mis amigos por el leer mis artículos y tesis para encontrar detalles que yo no observaba.

A mi tutora por su apoyo en mi formación dentro de la investigación y el desarrollo de esta investigación, artículos y tesis.

A mis sinodales tanto en el proceso del doctorado (comité tutorial), como en la revisión de la tesis, por su aporte a esta investigación.

A mis amigas del laboratorio por el tiempo que pasamos durante la formación y desarrollo de nuestros trabajos de investigación.

A las mujeres que decidieron apoyarme participando en el estudio.

A todas las instituciones que en alguna medida permitieron la realización de la investigación.

A la UV y en específico al personal administrativo y docente del IIP por el apoyo y conocimientos brindados.

A CONACYT por el apoyo de la beca, sin el cual no hubiera podido realizar este trabajo de investigación.

Resumen

Introducción: El cáncer de mama (CaMa) es la neoplasia maligna más frecuente en las mujeres, anualmente en el mundo se diagnostican cerca de 1.38 millones de nuevos casos. En México, desde 2006, el CaMa ha sido la principal causa de muerte en mujeres. Hoy día representa 14% del total de las muertes por cáncer en el país. Si bien la literatura científica asume una multicausalidad en su etiología y evolución, es decir, se reconocen una serie de factores hormonales, genéticos, ambientales y de estilo de vida asociados con la aparición y desarrollo del CaMa. Los factores de índole psicológica se consideran de poco peso en la clínica médica, y son escasos los estudios que los incluyen, aun cuando diversos autores proponen que la aparición y desarrollo de esta enfermedad puede estar influida por factores psicológicos.

Objetivo: Analizar la relación entre la respuesta emocional, la ansiedad, la supresión emocional y la sintomatología de estrés en grupos de mujeres Sin Patología Mamaria (SPM), con Patología Benigna Mamaria (PBM) y con Cáncer de Mama (CaMa).

Metodología: Se realizó un análisis cuantitativo, en un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal no experimental, con las respuestas a cuestionarios para evaluar factores psicológicos en dos muestras. La primera constituida por mujeres que acudían por primera vez a consulta al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en la ciudad de México; y la segunda en el Estado de Veracruz, por mujeres: que acudían al Centro de Alta Especialidad del Estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio”; por derechohabientes del Seguro Popular; por quienes asistían al Servicio Médico de Cáritas de Xalapa, en la ciudad de Xalapa, Ver.; y por derechohabientes del Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 71, en el Puerto de Veracruz. Las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y

según los resultados de estudios clínicos realizados se dividieron en tres grupos: Sin Patología Mamaria (SPM), con Patología Benigna Mamaria (PBM) y con Cáncer de Mama (CaMa). Para evaluar los factores psicológicos se les pidió respondieran un cuestionario de datos personales, y los siguientes test: el Inventario de Sintomatología del Estrés (ISE), la Escala de Control Emocional de *Courtauld* (CECS), el Inventario de Ajuste de *Weinberger* (WAI), el Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS), y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). En la primera muestra se aplicaron los instrumentos ISE, CECS y WAI; mientras que en la segunda se utilizaron ISE, CECS, IAPS e IDARE. Para comparar los resultados de cada variable entre los distintos grupos se llevaron a cabo análisis de correlación, de componentes principales y de red, de varianza (ANOVA y *Krustall Wallis*), *post hoc* (*Fisher* y Rangos) y un análisis anidado.

Resultados: En la primera muestra de la ciudad de México, al realizar el análisis de componentes principales entre los factores psicológicos y los otros factores de riesgo conocidos para el CaMa, solamente los factores psicológicos resultaron significativos. Las respuestas se agruparon en dos componentes principales que al comparar los grupos (SPM, PBM y CaMa) únicamente la variable de supresión emocional (CP2) fue estadísticamente significativa; mayor en el grupo con CaMa. Al analizar las variables psicológicas con la teoría de redes, en cada grupo se observaron grandes diferencias en su distribución y arreglo. En el grupo de mujeres SPM, las variables estudiadas conformaron un solo conjunto (*cluster*), mientras que en los otros dos grupos (PBM y CaMa) se formaron dos conjuntos, de los cuales los más distantes fueron los del grupo de CaMa. Cabe destacar que los dos conjuntos encontrados en el grupo de Patología Benigna Mamaria (PBM) se correspondieron con los dos componentes principales (CP): variables de estrés (CP1) y variables de supresión (CP2). Por ello, es posible suponer que la enfermedad surge cuando

la mujer no tiene una percepción clara de su respuesta emocional ni de su respuesta al estrés. Asimismo, los resultados mostraron que las mujeres con CaMa suprimían más la ansiedad, sin embargo, no se sabía el nivel de ansiedad que presentaban, o si su respuesta emocional estaba modificada a nivel fisiológico, por lo que se planteó utilizar otros test en una segunda muestra. Estos primeros resultados se fortalecieron con lo observado en la segunda muestra del Estado de Veracruz (de las ciudades de Xalapa y Puerto de Veracruz); como se esperaba, al comparar los tres grupos (SPM, PBM y CaMa; y en especial CaMa vs SPM) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la activación o *arousal*, la dominancia y la ansiedad rasgo, aunado a las diferencias ya reportadas en la variable supresión emocional.

Conclusión: Los resultados muestran que la respuesta emocional está modificada en las mujeres con CaMa y pudiera ser generadora de estrés crónico, el cual se ha asociado con la enfermedad. Por lo que es importante tomar en cuenta los factores psicológicos en el riesgo para desarrollar CaMa y realizar intervenciones que promuevan el manejo emocional y del estrés en las mujeres mexicanas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Introducción..... | 1 |
| Encuadre epistemológico..... | 5 |
| Marco referencial..... | 7 |
| Cáncer de Mama..... | 7 |
| Emoción y Respuesta emocional..... | 13 |
| La ansiedad, teorías y relación con el cáncer..... | 19 |
| Teorías de la ansiedad..... | 22 |
| La ansiedad y el cáncer..... | 23 |
| Rasgos de Personalidad..... | 24 |
| Estrés y enfermedad..... | 30 |
| Planteamiento del problema..... | 38 |
| Justificación..... | 39 |
| Pregunta de investigación..... | 41 |
| Objetivos..... | 41 |
| Objetivo general..... | 41 |
| Objetivos específicos..... | 41 |
| Hipótesis..... | 42 |
| Metodología..... | 42 |
| Tipo de estudio..... | 42 |
| Situación o ámbito..... | 43 |
| Universo..... | 43 |
| Muestra..... | 43 |
| Criterios de selección..... | 44 |
| Variables..... | 45 |

| | |
|--|------------|
| Instrumentos para la recolección de datos | 51 |
| Respuesta emocional - <i>International Affective Picture System (IAPS)</i> | 51 |
| Ansiedad - Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) | 52 |
| Supresión – <i>The Courtauld Emotional Control Total Score (CECS)</i> | 53 |
| Represión- Inventario de Ajuste de <i>Weinberger (WAI)</i> | 53 |
| Sintomatología de Estrés - Inventario de Sintomatología de Estrés (ISE) | 54 |
| Procedimiento para la recopilación y el análisis de los datos | 56 |
| Recopilación de la información | 56 |
| Análisis de datos | 57 |
| Resultados | 59 |
| Descripción de la población | 59 |
| Asociaciones del perfil psicológico (supresión y represión emocional y sintomatología de estrés) con el perfil clínico en mujeres con y sin patología mamaria | 61 |
| Supresión emocional, ansiedad y sintomatología del estrés en los grupos analizados | 61 |
| Regulación emocional en los tres grupos analizados | 62 |
| Asociación de las variables en los tres grupos analizados | 64 |
| Discusión | 69 |
| Fortalezas, limitaciones y sugerencias para estudios posteriores | 75 |
| Conclusiones | 76 |
| Referencias | 78 |
| Anexos | 95 |
| Anexo 1 Tabla 10. Clasificación por Estadios | 95 |
| Anexo 2 Hoja de datos generales | 97 |
| Anexo 3 consentimiento informado IMSS | 98 |
| Anexo 4 Carta de consentimiento informado en otros hospitales | 99 |
| Anexo 5 IAPS | 100 |

| | |
|----------------------------|-----|
| Anexo 6 IDARE | 106 |
| Anexo 7 ISE | 108 |
| Anexo 8 CECS | 109 |
| Anexo 9 WAI | 110 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|-----------|
| Tabla 1. Síntomas de la ansiedad..... | 20 |
| Tabla 2 Visiones sobre la personalidad tipo C..... | 28 |
| Tabla 3. Variables de la investigación | 45 |
| Tabla 4. Datos generales de las mujeres de la primera muestra..... | 59 |
| Tabla 5. Datos generales de las mujeres de la segunda muestra..... | 60 |
| Tabla 6. Análisis de varianza (ANOVAS) y Krustal-Wallis..... | 62 |
| Tabla 7. Matriz de correlación en el grupo de mujeres Sin Patología Mamaria..... | 66 |
| Tabla 8. Matriz de correlación grupo de mujeres con Patología Benigna Mamaria | 67 |
| Tabla 9. Matriz de correlación grupo de mujeres con Cáncer de Mama | 68 |
| Tabla 10. Clasificación por Estadios | 95 |

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Puntaje promedio \pm E.E de banco de imágenes del IAPS a partir de las dimensiones (valencia, arousal, dominancia) agrupados por los tres grupos a estudiar. 63**
- Figura 2. Comparación de la dispersión de las variables Valencia y Activación, en los grupos analizados..... 64**
- Figura 3. Comparación de la dispersión de las variables Valencia y Dominancia, en los grupos analizados..... 64**

Introducción

El Cáncer de Mama (CaMa) es la neoplasia maligna más común en las mujeres. De acuerdo con Knaul et al. (2009a) y con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016), el CaMa ha sido la principal causa de muerte en las mujeres mexicanas desde 2006, y ocasiona 14.8% de las muertes por cáncer en el país. Se predice que para 2030 en México, 24,386 mujeres serán diagnosticadas positivas, y 9,778 (40%) morirán a causa del CaMa, lo que convierte a esta enfermedad en un reto sustancial para el Sistema Nacional de Salud (Ferlay et al., 2010).

El CaMa es una enfermedad multicausal según la Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama (NOM-041-SSA2-2011). En la norma se consideran cuatro tipos de factores etiológicos: biológicos, iatrogénicos o ambientales, de historia reproductiva y de estilos de vida. En otra visión presentada por Carvalho, Mesquita, De Almeida y De Figueiredo consideran factores etiológicos de esta patología la represión de sentimientos, la herencia familiar, el estrés, el trauma físico, los hábitos alimentarios y la falta de cuidado del cuerpo (2005).

Si bien la literatura científica asume multicausalidad en la aparición y en el desarrollo del CaMa, los factores de índole psicológica son poco considerados. Ya desde 2000 Rodríguez, Zarazaga y López proponían que tanto la aparición como el desarrollo de esta enfermedad podrían estar influidos por factores psicosociales. Desde otro enfoque, psico-biológico, los rasgos de personalidad son factores determinantes en la aparición y desarrollo de la enfermedad, debido al estrés experimentado o a la falta de respuesta emocional (Cerezo, Ortiz-Tallo, & Cardenal, 2009). En torno a los rasgos de personalidad y

la predisposición a desarrollar cáncer, diversos estudios (Giese-Davis et al., 2006; Morris, Greer, Pettingale, & Watson, 1981; Temoshok & Heller, 1984) mostraron que la expresividad emocional disminuida, propia de la personalidad tipo C, se asociaba con un mayor riesgo de padecer la enfermedad, y de acuerdo con Giese-Davis et al., tanto la represión como la supresión se asociaron con esta enfermedad y con una menor expectativa de vida (2006).

Desde la década de los 60 se empezaron a desarrollar investigaciones sobre modelos de defensa psíquica que presentaban los pacientes oncológicos. En la década de los 80 se definió un estilo de comportamiento que suprimía emociones ante situaciones conflictivas o estresantes en personas con cáncer (Vinaccia, 2003): la personalidad tipo C. Este constructo fue creado por Morris y Greer (1980), y se relacionaba con personas con un estilo de comportamiento caracterizado por la supresión de emociones ante situaciones estresantes (Anarte, López, Ramírez, & López, 2000). Los primeros autores que escribieron sobre este tema, Temoshok, Morris y Greer, consideraban a las personas con personalidad tipo C como aquellas que inhibían o negaban las reacciones emocionales negativas (Arbizu, 2000). Otros autores, como Holland y Lewis (2003), pensaban que las personas con una personalidad tipo C eran aquellas que experimentaban emociones dolorosas y negativas, pero se mostraban tranquilas exteriormente, es decir, eran individuos emocionalmente contenidos de cara al estrés, especialmente respecto a la ira. Esto es, personas que hacen uso de la supresión emocional (como característica de la personalidad), la cual también juega un papel importante en el proceso de la enfermedad psicosomática (aquella que vincula la mente con el cuerpo), y hay una evaluación por parte de la persona de los factores psicosociales que afectan la condición médica (González & Carreño, 2017), ya que la supresión de emociones negativas incrementa, en el individuo, la posibilidad de enfermar

(Iwamitsu et al., 2003; Romo-González, Martínez, Hernández-Pozo, Gutiérrez-Ospina, & Larralde, 2018a). En específico, la supresión emocional (retención deliberada de la expresión de emociones negativas) en las personas ha sido estudiada desde el punto de vista psicosocial, y se considera una de las variables psicológicas que más afecta a las pacientes con cáncer (Córdova et al., 2003).

La persona con personalidad tipo C, según diferentes autores, puede presentar ciertas características específicas, pero en todos los modelos se encontró la supresión y la negación (represión) de las emociones negativas, así como la expresión de emociones positivas que son aceptadas socialmente (Arbizu, 2000; Iwamitsu et al., 2003; Sebastián, Mateos, & Bueno, 1997).

Más recientemente, en México Romo-González et al. (2018a), al comparar grupos de mujeres Sin Patología Mamaria, con Patología Benigna Mamaria y con CaMa, encontraron, en concordancia con otros estudios en mujeres de otros países, que las mujeres con CaMa tienen un perfil psicológico caracterizado por una supresión y represión emocional (Classen, Koopman, Angell, & Spiegel, 1996; Derogatis, Abeloff, & Melisaratos, 1979; Julius, Harburg, Cottington, & Johnson, 1986; Stanton et al., 2000; Temoshok & Fox, 1984). No obstante, a diferencia de otros grupos de mujeres en otros países, las mujeres mexicanas suprimen más la ansiedad que la ira (Romo-González et al., 2018a). Además, al analizar los niveles de represión emocional, se halló que las mujeres mexicanas con CaMa padecían altos niveles de distrés, baja contención y baja contención/defensividad, lo que las situaba en una tipología “sensible” más que “represiva”, como ha sido reportado previamente (Giese-Davis & Spiegel, 2001; Jensen, 1987; McKenna, Zevon, Corn, & Rounds, 1999; Weinberger, 1990). Es importante hacer notar que en este estudio las mujeres con CaMa tenían un perfil psicológico con menor

sintomatología de estrés, lo cual era, de acuerdo con la mayoría de los artículos revisados, un resultado inesperado, pero no un resultado único, ya que Cohen, en 2013, en población israelí (241 pacientes), encontró que las mujeres de su estudio también presentaron niveles bajos de estrés y niveles altos de supresión emocional.

Las diferencias encontradas en las distintas poblaciones estudiadas, en particular en aquellas referentes a la mayor supresión de la ansiedad y no de la ira en la población mexicana, generaron diversas interrogantes. La primera de ellas fue acerca del nivel de ansiedad de las pacientes analizadas si era un síntoma generado por el momento vivido o era una característica de personalidad propia, por lo que se consideró necesario aplicar un instrumento que permitiera conocer si la ansiedad era rasgo de personalidad o un estado momentáneo, dado que el instrumento aplicado en los estudios de Romo-González et al. (2018a) midió la supresión de la ansiedad; y no, la ansiedad en sí. Asimismo, el encontrar menores niveles de sintomatología de estrés en mujeres con CaMa hizo suponer que quizá estas mujeres, por sus características emocionales, no reportan sus niveles de estrés o no son capaces de sentirlos. En otras palabras, su respuesta emocional puede estar modificada, por lo que en este estudio se consideró evaluar la respuesta emocional bajo la teoría de Lang (1995) con el Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS). Con estas aproximaciones se logró, además, conocer la relación que existía entre la supresión emocional y la sintomatología de estrés.

Por todo lo anterior, el propósito de esta investigación fue analizar la relación entre la respuesta emocional, la ansiedad, la supresión emocional y la sintomatología de estrés en mujeres Sin Patología Mamaria (SPM), con Patología Benigna Mamaria (PBM) y con Cáncer de Mama (CaMa).

Encuadre epistemológico

Esta investigación se encuentra inmersa en la psicología, la cual surgió como ciencia a finales del siglo XIX a partir de tres áreas del conocimiento: la filosofía, la fisiología y el uso del método científico (observación, experimentación y comparación). Dentro del aspecto filosófico de la psicología se encuentra el problema ontológico mente-cuerpo; éste ha sido estudiado desde posturas monistas (la materia y la mente son una sola cosa) y dualistas (la materia y la mente son sustancias de distinta clase) (Angarita, 2009; López, 2014).

Dentro de la visión filosófica de la psicología, epistemológicamente se consideran dos corrientes opuestas que permiten conocer la realidad de forma válida: el positivismo y la hermenéutica (Angarita, 2009). El positivismo es el modelo que rige la medicina y la psicología. Su proponente inicial fue el médico griego Galeno, quien consideraba que la causa de la enfermedad era una lesión anatomoclínica, por ello, se focalizaba en la búsqueda de una causa específica (un agente patógeno) y su extirpación. Así, se entiende que el positivismo se fundamenta, exclusivamente, en realidades objetivas y observables. El método científico y su estructura se originaron gracias a esta forma de analizar el mundo (Bonet, 2013). Por lo contrario, el método hermenéutico toma en cuenta el contexto histórico, personal y cultural del individuo, ya que debe comprender los motivos por los cuales se realizan o dicen las cosas. Comprender no es emitir un juicio de valor, dado que el observador (o científico) puede no estar de acuerdo con algo, pero, aun así, puede percibir por qué se dio tal suceso, para evitar la subjetividad y la relatividad de quien capta el evento. De acuerdo con Heidegger, quien llega a comprender “algo” efectúa un círculo hermenéutico que consiste en realizar preguntas específicas (intencionales) sobre el suceso

o fenómeno observado. Estas preguntas deberán tener un sentido o dirección, es decir, las preguntas realizadas aumentan el nivel de complejidad de la siguiente pregunta y así sucesivamente, hasta llegar al nivel más alto que se pueda, ya que no es posible llegar a un nivel de *epojé* absoluta (Díaz, 2015).

El problema ontológico antes mencionado (mente-cuerpo) lo va a estudiar la psicología de la salud, la cual lo enfocará al proceso salud-enfermedad. Esta área de la psicología adoptó como objetivos principales (Simón, 1999): a) promover, mediante la investigación básica y clínica en psicología, la comprensión de la salud y la enfermedad; b) integrar la información de la biomedicina y la psicología al proceso salud-enfermedad; c) divulgar a toda la población los resultados de las investigaciones realizadas y poner al alcance del público las actividades y servicios que brinda esta división; y d) desarrollar una capacitación constante en psicología de la salud.

Una de las ramas de la psicología de la salud es la psiconeuroinmunología. Dentro de ella se encuentra la psicología oncológica, que estudia la contribución de los aspectos psicológicos, como el estrés y las emociones, en la génesis y en el desarrollo del cáncer, así como en el pronóstico, la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes (Llantá, Grau, & Massip, 2005).

El tipo de relación que se dio entre las variables de esta investigación, entre el sujeto y el objeto, es activa, ya que dichas variables se transforman recíprocamente (Noriega & Gutiérrez, 1995). En el caso de este estudio, se asume que existe una relación entre el cáncer de mama y las medidas de la respuesta emocional, de la supresión emocional, de la ansiedad y de la sintomatología de estrés. Esto se debe a que el estado psicológico es capaz de influir en el curso de enfermedades relacionadas con el sistema inmunitario (Simón, 1999).

Marco referencial

Cáncer de Mama

El cáncer es una enfermedad que agrupa al menos 200 tipos de patologías, las cuales comparten características biológicas, como el crecimiento celular incontrolado con pérdida de la diferenciación (indiferenciado), la capacidad para invadir los tejidos próximos y la generación de metástasis (Llantá et al., 2005). Por otro lado, el cáncer se diferencia por su localización, etiología, sintomatología, evolución y pronóstico (Llantá et al., 2005). En este sentido, el Cáncer de Mama (CaMa) es una enfermedad en la que la desregulación en el ciclo celular de los tejidos mamarios originan células malignas en la mama la cual es un órgano compuesto por lóbulos y conductos que participan en la producción y secreción de leche durante el periodo de lactancia y es en estas estructuras en donde, principalmente, aparecen los tumores.

El CaMa se puede presentar en ambos sexos, aunque las más afectadas son las mujeres, ya que constituyen 99% de los casos totales, mientras que los hombres sólo representan 1% de los casos (GLOBOCAN, 2012). En 2016 se detectaron 1.38 millones de casos de CaMa, los cuales produjeron 458,000 muertes por esta causa en el mundo (INEGI, 2016); ello convierte a esta enfermedad en un grave problema de salud pública. Además, la evidencia señala que 55% de los nuevos casos proviene de países en vías de desarrollo en donde la mortalidad por la enfermedad es mayor, pues se ubica en 68% (SINAIS, 2013).

En México también se presenta un incremento en la tasa de mortalidad por CaMa. De acuerdo con Mohar et al., “A partir del año 2006 desplazó al cáncer cérvico-uterino en el número de muertes y es la segunda causa de muerte en mujeres mexicanas en el grupo de

edad de 30 a 54 años” (Mohar, Bargalló, Ramírez, Lara, & Beltrán-Ortega, 2009, p. S264). En el estado de Veracruz, la tasa de mortalidad observada por CaMa en mujeres de 20 años y más fue de 12.10 a 13.7/100,000 habitantes (SINAIS, 2013). En México, el CaMa se puede considerar epidémico, debido a que, en 2014, en el grupo de mujeres de 20 años o más, por cada diez casos de cáncer, tres fueron tumor maligno de mama, lo cual posicionó a esta neoplasia como la principal en las mujeres (INEGI, 2017a).

Otro aspecto importante a considerar respecto al CaMa es el estadio en el cual se encuentra la enfermedad. El *National Cancer Institute (NCI)* los clasifica según el tipo de daños y la extensión en la que se presente el tumor (Anexo 1). Normalmente, esta patología se diagnostica en etapas tardías. Tan sólo para ejemplificar, en 2003 se presentaron 12,952 nuevos casos de CaMa, pero sólo 4% (464) de los diagnósticos fueron en etapa 0 o *in situ*, mientras que 80% de los casos de cáncer de mama se identificaron en etapas avanzadas (III y IV) de la enfermedad (Chávarri-Guerra et al, 2012; Knaul et al., 2009b; Mohar et al., 2009). Este diagnóstico tardío disminuye la probabilidad de supervivencia a cinco años en las pacientes, aun cuando reciban tratamiento.

Al hablar más concretamente de la clasificación del CaMa, se pueden distinguir tipos según su localización: 1) *in situ*, que es el tumor maligno confinado al epitelio que recubre un conducto o un lobulillo sin rebasar la membrana basal (NOM-041-SSA2-2011); 2) ductal, que se encuentra particularmente en los conductos ductales, se denomina carcinoma ductal *in situ (DCIS)* y se presenta en 80% de los casos; y 3) lobulillar en los lóbulos o carcinoma lobular *in situ (LCIS)* (*American Cancer Society*, 2015; Keller et al., 2012). Otra clasificación, de acuerdo con el *American Joint Committee on Cancer*, considera el tamaño del tumor, la propagación a ganglios y a otros órganos fuera de la

mama; además, utiliza la siguiente nomenclatura (Azuara, Álvarez, & Gariglio, 2010, p. 61):

- La letra T seguida por un número que va del 0 al 4 indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a la pared del tórax debajo de la mama. A un número más alto le corresponde un tumor más grande y/o una mayor propagación a los tejidos cercanos.
- La letra N seguida por un número que va del 0 al 3 indica si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama. Si es así, estos ganglios están adheridos a otras estructuras.
- La letra M seguida por un 0 o un 1 expresa si el cáncer se ha extendido a otros órganos fuera de la mama.

La etiología del CaMa es compleja; algunos estudios epidemiológicos han encontrado diversos factores de riesgo mencionados en la Norma Oficial Mexicana (NOM-041-SSA2-2011) y los han agrupado en: biológicos, iatrogénicos o ambientales, de historia reproductiva y de estilos de vida.

Específicamente, entre los factores biológicos que influyen en el desarrollo de CaMa están: el sexo (ser mujer), la edad (a mayor edad, mayor riesgo), la vida menstrual de más de 40 años, la menarca a edad temprana (considerada antes de los 12 años), la menopausia tardía (estimada como tal después de los 52 años) y la densidad mamaria. En cuanto al factor genético del cáncer de mama, se han reportado mutaciones en ciertos genes (BRCA1, BRCA2, TP53, PTEN, STK11 y CDH1) que se asocian con el riesgo de desarrollar esta patología. Estas mutaciones se presentan entre 5% a 10% de los casos de pacientes con CaMa (*American Cancer Society*, 2015) y tienen una prevalencia de 1/300 a

1/800 pacientes (Herrera-Gómez & Granados-García, 2013). Asimismo, se considera la historia familiar como un factor de riesgo; tan sólo en México se ha encontrado que de 7% a 20% de pacientes diagnosticadas con CaMa presentan este factor. En este sentido, se deben considerar como factores de riesgo: la edad en que fue diagnosticada la familiar (madre, hermana, etc.), la edad de la paciente, el número de familiares que presentan CaMa y la distancia generacional entre ellas (Chávarri-Guerra et al, 2012; Weiderpass, Meo, & Vainio, 2011).

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana, entre los factores iatrogénicos o ambientales se pueden encontrar: exposición a radiaciones durante el desarrollo (*in utero*) o durante el crecimiento (adolescencia) y tratamiento con radioterapia en tórax. Entre los factores reproductivos asociados con el riesgo de desarrollar CaMa se hallan los siguientes: en lo referente al embarazo, la nuliparidad (no tener hijos) y el primer embarazo a término después de los 30 años; además, también influyen el uso de anticonceptivos orales y la terapia de remplazo hormonal por más de cinco años. Los factores protectores son el primer embarazo a término antes de los 30 años y amamantar al bebé (NOM-041-SSA2-2011).

En relación con los factores relativos al estilo de vida asociados con esta enfermedad, se pueden mencionar la obesidad y la falta de actividad física. Diversos estudios epidemiológicos muestran una asociación significativa entre el sobrepeso y la obesidad y un mayor riesgo de desarrollar CaMa. En mujeres premenopáusicas se ha señalado una relación inversa entre el CaMa *versus* sobrepeso y obesidad, principalmente en mujeres que presentan tumores con positividad a receptores de estrógenos [tipo ER+] (Romieu & Lajous, 2009). En cuanto a la dieta, se han encontrado como factores de riesgo para las mujeres: la ingesta alta de carbohidratos y de grasas y la baja ingesta de fibra, además de la poca actividad física (Chávarri-Guerra et al., 2012; Torres-Sánchez, Galván-

Portillo, Lewis, Gómez-Dantés, & López-Carrillo, 2009). Asimismo, en el caso de la dieta, se cuentan como factores de protección el consumo de grasas poliinsaturadas y de vitamina E, B12 y ácido fólico (Torres-Sánchez et al., 2009). De igual forma, se reconoce que la realización de alguna actividad física es un factor protector, debido a que reduce el riesgo de CaMa entre 10% y 25% (Neilson, Conroy, & Friedenreich, 2014), aunque en México sólo 16% de las mujeres se ejercita (Beltrán, 2013; Chávarri-Guerra et al., 2012; Franco-Marina, Lazcano-Ponce, & López-Carrillo, 2009; Porter, 2009). El estilo de vida también constituye un factor de riesgo, especialmente el consumo de bebidas alcohólicas.

Resultados de diversos estudios epidemiológicos han sugerido que el consumo crónico de alcohol, aun en cantidades moderadas, incrementa el riesgo de CaMa. La mayoría de los estudios de casos y controles (84% de 69) y estudios de cohorte (76% de 21) muestra una asociación positiva entre ellos. Se han considerado diversos mecanismos para explicar la relación entre el alcohol y el CaMa, entre ellos se encuentran: sus efectos sobre los niveles y los receptores de estrógenos, la liberación de metabolitos carcinogénicos del alcohol (como el acetaldehído y las especies reactivas de oxígeno) y el decremento de la absorción esencial de nutrientes (Coronado, Beasley, & Livaudais, 2011). La Norma Oficial Mexicana (NOM-041-SSA2-2011) también considera al tabaquismo como factor de riesgo de CaMa dentro del estilo de vida.

La Norma contempla los factores de riesgo para el desarrollo de CaMa y señala lo referente al diagnóstico, el cual incluye: una historia clínica completa, examen clínico integral con énfasis en las glándulas mamarias, ultrasonido y mastografía, dependiendo de la edad. Estos estudios deben correlacionarse con los hallazgos clínicos, mastográficos e histopatológicos.

Se recomienda que a partir de los 20 años las mujeres hagan una autoexploración y que las mayores de 25 años se efectúen un examen clínico de las mamas. Para las mujeres de 40 a 69 años se recomienda una mastografía cada dos años (Chávarri-Guerra et al., 2012). La realización oportuna de estos estudios es de suma importancia, dado que la presencia clínica del CaMa no se circunscribe a la edad de la mujer, sino que puede surgir en estadios avanzados a edades tempranas (NOM-041-SSA2-2011).

En México, la mayoría de las mujeres son diagnosticadas con CaMa en etapas tardías y su presentación clínica más frecuente es triple negativo (es decir, con reporte histopatológico que indica que las células cancerígenas de la mama no presentan receptores a estrógeno, progesterona y al receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano) (*American Cancer Society*, 2015).

Si bien la normatividad y los trabajos científicos consideran principalmente los aspectos físicos para el diagnóstico y el tratamiento del CaMa, es necesario tomar en cuenta aspectos psicosociales que pueden influir en el diagnóstico y tratamiento, como las barreras sociales y culturales que les impiden a las mujeres realizar acciones de prevención, como la autoexploración, la exploración clínica o la mastografía (Chávarri-Guerra et al., 2012).

También es importante el impacto psicológico del CaMa, debido a la idea generalizada de que padecer esta enfermedad conlleva pérdida, amenaza (Urquidi, Montiel, & Gálvez, 1999) y se asocia con la muerte (Galvis-López & Pérez-Giraldo, 2011). Además, “el cáncer es en la actualidad la enfermedad más temida, tres veces por encima de las enfermedades cardiovasculares (aunque éstas presenten una mortalidad más alta), y sigue estando considerada como prototipo de incurabilidad, sufrimiento, incapacidad y muerte” (Cruzado, 2010, p. 11).

Emoción y Respuesta emocional

Las emociones se han estudiado desde la antigua Grecia, por personajes de la talla de Platón y Aristóteles, en la actualidad se puede considerar a Tomkins como uno de los primeros psicólogos en estudiar las diversas emociones y utilizar un enfoque categorial y evolutivo-genético, basado en la fisiología del cerebro; él consideró la alegría, la sorpresa (alarma), la angustia, el miedo, la vergüenza y la ira, como afectos, término que uso en lugar de emoción, en referencia a la experiencia psicológica de la emoción (Lazarus, 2000).

Otro autor que también ha estudiado las emociones es Lazarus (2000), quien considera que las emociones surgen de la razón, por el proceso de valoración que realiza la persona de lo que acontece en su vida, de acuerdo a esa valoración determina su forma de reaccionar emocionalmente; basándose en un enfoque categorial considera que existen 15 emociones, las cuales son: envidia, ira, ansiedad, celos, culpa, temor, alivio, vergüenza, tristeza, esperanza, orgullo, felicidad, gratitud, compasión y amor.

De acuerdo al DSM-IV, 75% de las categorías de diagnóstico están relacionadas con la emoción o con su regulación (Kring & Sloan, 2010). En lo que respecta al DSM-V en un artículo de Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2014) sobre aportaciones y limitaciones de este manual a la psicología clínica, comentan que en la actualidad las consultas de los psicólogos clínicos versan más sobre situaciones de infelicidad y malestar emocional que sobre trastornos mentales, personas que se sienten con estrategias de afrontamiento insuficientes y los psicólogos clínicos deben adaptarse a esta nueva realidad y desarrollar técnicas de consejería e intervención en crisis. Por lo cual es muy importante la regulación emocional, la cual de acuerdo a Gross (1998) incluye todos los procesos tanto internos

como externos, que influyen en la percepción y reacción emocional, que pueden ser conscientes o inconscientes.

Para Gross (Cano-Vindel, 2011) existen dos procedimientos en la regulación emocional: el primero es la reevaluación cognitiva (de estímulos antecedentes) y el segundo es la supresión de la expresión voluntaria de la emoción. Los dos procedimientos sirven para modificar un estado emocional, ya que disminuyen la experiencia de las emociones, en comparación a un grupo control, pero la supresión provoca un aumento de la activación fisiológica.

Diversos autores han propuesto la existencia de una estructura bifásica de afectividad regulada por dos sistemas motivacionales primarios, el apetitivo y el aversivo: el apetitivo se presenta cuando se percibe seguridad y se expresa por medio de conductas de aproximación (apego) o consumatorias, y el aversivo se presenta cuando se percibe amenaza y se expresa por medio de conductas de escape y defensa. Por tanto, toda reacción emocional se presenta en el continuo de aproximación-evitación, lo que crea un patrón de acción específico (comportamiento), de acuerdo a la activación fisiológica de cada sistema motivacional (componentes centrales [cerebrales] y periféricos [somáticos y autónomos]) (Dufey, Fernández, & Mayol, 2011).

Desde la visión evolucionista, un aspecto básico para la supervivencia de cualquier organismo es la detección eficiente de amenazas, la respuesta adaptativa permite un correcto procesamiento de los peligros. Este sistema de alarma desde el punto de vista neurobiológico, consiste en dos circuitos cerebrales, el primero y más antiguo comunica directamente al tálamo con la amígdala, lo que permite un desencadenamiento de una respuesta emocional intensa, inmediata y automática ante peligros inminentes. El segundo

más reciente, realiza un procesamiento detallado de los estímulos antes de enviar una respuesta a la amígdala, ya que primero pasa por el córtex cerebral (Luengo et al., 2009).

El desarrollo sociocultural del hombre ha provocado una diferencia entre su organismo y su medio, ya que no solo se cuenta con los dos sistemas de alarma desarrollados por la evolución del ser humano, sino que se pueden elaborar nuevas señales de peligro, siendo esto una capacidad adaptativa, pero genera la aparición de posibles falsas amenazas. Ante amenazas claras (animales de riesgo, situaciones de peligro como una pelea o un terremoto entre otras) se activa el circuito asociado a la respuesta emocional (tálamo, amígdala, cíngulo anterior y corteza orbitofrontal); pero ante las amenazas modernas (una carga laboral excesiva, un examen, entre otras) se activa otro circuito (córtex frontomedial, el parietal superior, la corteza temporomedial posterior y el cerebelo), ya que para estas amenazas no se está preparado evolutivamente (Luengo et al., 2009).

La teoría base para el constructo de respuesta emocional es la diseñada por Lang (1995) que se enfoca en la naturaleza de las emociones. Definidas “como predisposiciones para la acción que surgen a partir de la activación de circuitos cerebrales ante estímulos relevantes para el individuo y que implican tres sistemas de respuesta relativamente independientes: el cognitivo, el motor y el fisiológico” (Gantiva, Guerra, & Vila, 2011, p. 104). Las emociones proporcionan información tanto interna (de la persona), como del ambiente (situación externa), por lo que se considera que son importantes para el desarrollo del comportamiento y toma de decisiones (Chicharro, Pérez-García, & Sanjuán, 2012). La función de la emoción es de facilitar la adaptación del organismo ante las demandas del medioambiente, para conseguir la supervivencia de la persona (Gantiva et al., 2011) y tienen manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas asociadas al contexto;

estructuradas en tres dimensiones: valencia, activación y dominancia (Gantiva & Camacho, 2016).

De acuerdo a esta teoría existe una organización jerárquica de las emociones: en el primer nivel están los patrones específicos de la respuesta emocional, ante determinada emoción se actúa de cierta forma, por ejemplo, ante la alegría se sonríe; en el segundo nivel se presentan programas emocionales con sub-rutinas en diferentes ámbitos como lucha, búsqueda de alimento, ataque, conducta sexual, entre otras. Por ejemplo, ante una situación de peligro al menos hay dos sub-rutinas (de ataque o huida) depende de la valoración que se haga de la situación es lo que la persona va a realizar; y en el tercer y último nivel se encuentran tres dimensiones (valencia, activación o *arousal* y dominancia o control) que son compartidas por todos los programas emocionales (Gantiva et al., 2011).

La dimensión de valencia (agradable-desagradable), se considera la de mayor influencia entre las emociones, por la presencia de dos sistemas motivacionales primarios y separados en el cerebro: el apetito encaminado a una conducta consumatoria, sexual o de crianza y el defensivo enfocado a conductas de protección, escape o evitación. Este aspecto neurofisiológico es el que justifica la primacía de esta dimensión sobre las otras dos, y explica su carácter bipolar (Gantiva et al., 2011; Gantiva & Camacho, 2016). Esta dimensión expresa el agrado o rechazo que genera un estímulo, lo que puede mantener o modificar la homeostasis de acuerdo a la respuesta de aproximación o evitación que se presente (Chicharro et al., 2012).

La dimensión de activación, tiene relación con el nivel de energía utilizado (activación simpática) en la emoción y está relacionada con los dos sistemas motivacionales ya que ella representa la activación metabólica y neural del sistema que se activa, tanto el apetitivo como defensivo (Gantiva et al., 2011). Es decir, es la intensidad con la cual se

responde tanto a la aproximación como a la evitación (Chicharro et al., 2012). Se ha demostrado que esta dimensión aumenta ante estímulos apetitivos y aversivos, y ante estímulos neutrales disminuye tanto en medidas subjetivas como objetivas, siendo medida a través de la respuesta galvánica de la piel en estas últimas (Gantiva, Ballén, Casas, & Camacho, 2016). También se ha demostrado que suele estar en función de la valencia, cuando se activa alguno de los sistemas motivacionales primarios (apetitivo o defensivo) aumenta la activación (Gantiva & Camacho, 2016).

Y la tercera dimensión es la dominancia o control, y esta expone el grado de control percibido ante la respuesta emocional y permite la continuidad o interrupción de la misma. A diferencia de las dimensiones anteriores, esta dimensión se origina en estructuras cerebrales más recientes del cerebro y se encarga de la inhibición, demora para realizar una valoración de la situación y planear la acción a seguir (Gantiva et al., 2011; Gantiva & Camacho, 2016). Indica el grado de control ante el estímulo que la persona percibe ante él (Chicharro et al., 2012).

En la teoría bioinformacional se presenta una diferencia en cuanto al desarrollo de las dimensiones, ya que la valencia es la única que presenta un origen filogenético, mientras que la activación y la dominancia presentan un desarrollo ontogenético, influido por los aprendizajes que tiene la persona en el transcurso de su vida (Gantiva et al., 2011). Esta teoría se basa en que las emociones predisponen a la persona para la acción y la respuesta emocional que presenta cumple dos funciones (Chicharro et al., 2012): la primera, social, relacionada con la expresión y reconocimiento de los estados de ánimo; y la segunda motivacional, al reaccionar ante los estímulos con una respuesta de aproximación o evitación.

Es importante el estudio de la experiencia emocional y su regulación debido a que las emociones influyen tanto en procesos cognitivos como del funcionamiento de sistemas del organismo como el cardiovascular y el inmune. Esta relación se ha evidenciado de manera empírica, al mostrar la influencia sobre el bienestar subjetivo y la salud física que los mecanismos de regulación emocional proveen por medio de la selección de situaciones (intento por modificar un estado emocional alterando alguno de los factores que anteceden a la emoción) o por la supresión emocional (al modificar algún componente de la emoción). Además, esta última va a aumentar su influencia con el paso de la edad en las personas (Márquez-González, Fernández, Montorio, & Losada, 2008).

Lang y su grupo de trabajo no solo ampliaron su teoría de las emociones, sino que a la par desarrollaron un sistema para el estudio de las emociones, llamado *International Affective Picture System* (IAPS). El cual consiste en una serie de estímulos emocionales en formato de imagen fotográfica, cuenta con aproximadamente 1200 fotografías a color agrupadas en 20 conjuntos con aproximadamente 60 imágenes cada uno que representan diversas combinaciones de las dimensiones de la emoción (Gantiva et al., 2011) y cubren un amplio espectro de situaciones de la vida cotidiana (sexo, violencia, animales, paisajes, etc.). Dichos estímulos son de fácil aplicación, debido a que se puede controlar el tiempo de exposición y el lugar de aplicación. Con este instrumento se evaluaron las dimensiones emocionales (valencia, activación y dominancia) de una manera cuantitativa, con un instrumento considerado el más fiable respecto al estudio de las emociones (Chicharro et al., 2012). El objetivo de este instrumento es “proveer al investigador de una escala de medida de las emociones a partir de estímulos visuales (fotografías que contienen imágenes) que pueden ser ubicadas en un amplio rango de categorías semánticas” (Gantiva et al., 2011, p. 105).

Los estudios de la respuesta emocional de las personas en distintos países y culturas han mostrado que existe una correlación entre la valencia y la activación ya que las imágenes que son evaluadas más bajo (aversivas) o más alto (agradables), se evalúan más alto o bajo en el *arousal* o activación (las aversivas más alto que las agradables), lo que da a entender que un estímulo aversivo más fuerte produce una respuesta de escape mayor que la respuesta de acercamiento que genera un estímulo placentero. Otro aspecto de la valencia es que los estímulos evaluados como intermedios (neutros) en activación generan las puntuaciones más bajas. Si se lleva esto a coordenadas en el eje de las ordenadas (dimensiones de valencia) y en el eje de abscisas (*arousal* o activación), se obtendría una imagen parecida a un boomerang. En las puntas del boomerang se tendría a los estímulos que activan más (baja y alta valencia) y en la parte central los estímulos neutros, que son los que activan menos. Otro aspecto que se ha encontrado en la aplicación del IAPS es la influencia del sexo, ya que difiere la respuesta emocional entre hombres y mujeres. En un estudio con población no consumidora de drogas, se encontró que las mujeres se activaban más con imágenes de tipo aversivo (Chicharro et al., 2012).

La ansiedad, teorías y relación con el cáncer

La ansiedad es un constructo que ha recibido muchas acepciones, tanto en el lenguaje formal como en el coloquial. Esto quizá se debe a que la vida de las sociedades industriales es cada vez más caótica y acelerada, y los trastornos de la emoción son parte de la vida de las personas (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

La ansiedad es un estado desagradable de agitación e inquietud que la persona experimenta, cuya principal característica es la anticipación del peligro, y presenta síntomas

físicos, cognitivos y emocionales (Sierra et al., 2003). El término proviene del latín *anxietas*. Este término describe un estado de agitación, preocupación o inquietud del ánimo; como trastorno, la ansiedad se convierte en una de las sensaciones más frecuentes de la persona y se manifiesta por medio de tensión emocional, nerviosismo y preocupación; además, se presenta a través de diversas sensaciones somáticas (Tabla 1). Ambas manifestaciones (emocionales y físicas) no correlacionan con algún peligro real (Maté, Hollenstein, & Gil, 2004; Sierra et al., 2003; Zavala-Rodríguez, Ríos-Guerra, García-Madrid, & Rodríguez-Hernández, 2009).

Tabla 1. *Síntomas de la ansiedad*

| Síntomas | | |
|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Somáticos | Cognitivos | Conductuales |
| Alteración del ritmo cardíaco | Pensamientos negativos, | Aislamiento social |
| Sensación de ahogo | distorsionados y recurrentes | Evitación de los estímulos |
| Disnea | acerca de la enfermedad, el | temidos (baja adherencia al |
| Opresión torácica | pronóstico y el tratamiento | tratamiento, abandono del |
| Molestias gástricas | Miedos acerca de la muerte y la | mismo) |
| Náuseas | dependencia de los demás | Irritabilidad |
| Vómitos | Sobregeneralización | Verborrea |
| Inestabilidad | Catastrofismo | Inquietud interna |
| Mareos | Magnificación de los aspectos | Agitación psicomotriz |
| Cefalea | negativos y minimización de los | Hiperactividad |
| Tensión muscular | positivos | |
| Parestesias | Abstracción selectiva | |
| Sudoración | Indefensión | |
| Escalofríos | Pensamientos de culpa | |
| Sofocaciones | Desrealización | |
| Temblores | Despersonalización | |
| Cansancio | Miedo a perder el control y | |
| Dolor | volverse loco | |
| Pérdida de apetito | | |
| Insomnio | | |
| Disminución de la libido | | |

Nota: Recuperado de Maté et al., 2004, p. 219; adaptado de Hollenstein, Maté, & Gil, 2003.

Fisiológicamente, la ansiedad activa dos sistemas en la persona: el sistema nervioso autónomo (SNA), simpático y parasimpático, que estimulan la liberación y regulación de la energía por medio de las glándulas suprarrenales, las cuales liberan adrenalina; y el sistema

neuroendocrino (SNE) o hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, el cual, al activarse, secreta corticoides (Piqueras et al., 2008). Además, ante la respuesta de ansiedad, en la persona se activan una serie de mecanismos de defensa para liberar catecolaminas, que generan algunos de los síntomas de la respuesta ansiosa. Estos síntomas se manifiestan mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor. Estos sistemas pueden actuar con cierta independencia (Sierra et al., 2003). La respuesta se puede presentar de dos maneras. La primera es la adaptativa, la cual se da ante situaciones reales y con una intensidad acorde a la situación. A la segunda respuesta se le denomina desadaptativa, la cual es desproporcionada con respecto a la amenaza. Tiene una duración mucho mayor que la exposición al estímulo y sobreestimula los recursos; además, puede tener una causa biológica (Cruz-Fierro, Vanegas-Farfano, González-Ramírez, & Landero-Hernández, 2016; Maté et al., 2004).

Aun cuando uno de los rasgos más reconocidos de la ansiedad es su carácter anticipatorio, ya que la persona prevé la amenaza o el peligro, Lewis describe las siguientes características de la ansiedad (Sierra et al., 2003):

- 1) Constituye un estado emocional experimentado como miedo o algo similar cualitativamente. Asimismo, la ansiedad es distinta a la ira.
- 2) Es una emoción desagradable (sentimiento de muerte o derrumbamiento).
- 3) Se orienta al futuro, puesto que se relaciona con algún tipo de amenaza o peligro inminente.
- 4) En ella no aparece una amenaza real y si la hay, el estado emocional sugerido resulta desproporcionado a ésta.
- 5) Se señala la presencia de sensaciones corporales que causan molestias durante los episodios de ansiedad.

Teorías de la ansiedad

Como se mencionó anteriormente, si bien este constructo tiene muchos usos, dos han sido las teorías que, desde la psicología, han sentado precedentes en su estudio. Éstas son la teoría rasgo-estado y la teoría tridimensional de la ansiedad.

Desde la teoría de la personalidad, la ansiedad se concibe en términos de rasgo y estado. Cuando se concibe como rasgo (personalidad neurótica), la forma de reaccionar de la persona es ansiosa y se caracteriza por una interpretación de las situaciones como amenazantes o peligrosas. En cuanto a la ansiedad como estado, ésta se ubica en un momento de la vida de la persona; es una fase emocional transitoria que puede variar en intensidad y duración. En general, la ansiedad se presenta como una activación autónoma somática y una percepción subjetiva de la realidad (Sierra et al., 2003).

Desde la teoría tridimensional, la ansiedad constituye un patrón de conducta en el que las emociones se manifiestan por medio de reacciones agrupadas en tres categorías: 1) cognitiva o subjetiva, 2) fisiológica y 3) motora o comportamental, como respuestas a estímulos internos (somáticos o cognitivos) y estímulos externos (ambientales). Las tres categorías (cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental) correlacionan poco entre ellas. Esto quiere decir que una persona puede presentar una reacción motora elevada, y, al mismo tiempo, es posible que tenga reacciones leves en lo subjetivo y en lo fisiológico o viceversa. Por ello, se puede concluir que existe una gran variabilidad entre las personas en lo que se refiere a sus reacciones ante la ansiedad (Cruz-Fierro et al., 2016; Sierra et al., 2003). Es importante señalar que la relación entre la ansiedad y la enfermedad se empieza a considerar, y se ha planteado que la ansiedad podría influir en el organismo

(funciones fisiológicas) y contribuir al desarrollo de una enfermedad o aumentar el riesgo de padecer determinadas patologías (Cruz-Fierro et al., 2016; Sierra et al., 2003).

La ansiedad y el cáncer

De acuerdo con Oblitas y Becoña (2000), cualquier trastorno físico u orgánico implica alteraciones psicológicas y viceversa. Esto es relevante, pues la vida acelerada en las ciudades hace que las personas se encuentren, con más frecuencia, en periodos de mucho estrés, el cual desequilibra el organismo y genera diversas reacciones emocionales negativas, como la ansiedad, lo que conlleva, a su vez, el desarrollo de enfermedades o a realizar conductas poco saludables que, a la larga, desencadenan la enfermedad (Piqueras et al., 2008; Tabala, Wrzesinska, Stecz, & Kocur, 2016).

En este sentido, la ansiedad, como el estrés, se puede considerar tanto causa como consecuencia de la enfermedad. Por ejemplo, en el caso del cáncer, la ansiedad puede ser consecuencia de la enfermedad, ya que genera malestar emocional por sí misma. Es decir, por sus características, una enfermedad considerada grave o mortal, crónica, con posibilidad de diversos tratamientos y con un pronóstico incierto puede provocar desde una reacción normal hasta un cuadro sintomático que requiera una intervención específica en salud mental (Maté et al., 2004). En el caso particular de los pacientes oncológicos, resulta muy importante valorar las causas de la ansiedad, que pueden ser el miedo a la evolución de la enfermedad, la preocupación anticipada por el sufrimiento tanto propio como de sus familiares, la percepción de cercanía de la muerte, los problemas para expresar las emociones, la pérdida del control, las crisis de creencias, los problemas socioeconómicos, entre otras (Maté et al., 2004). Además, en algunos estudios en los que se analizaron pacientes con CaMa, se ha demostrado cómo la ansiedad va en aumento desde el

diagnóstico hasta su nivel más alto, antes de la mastectomía; y se mantiene alta después de la cirugía para empezar a descender después del primer año de la operación. Dentro del proceso de la enfermedad, la quimioterapia es de las mayores causas de malestar emocional; esto puede generar dificultad para adherirse al tratamiento (Cano, 2005; Maté et al., 2004).

Asimismo, la ansiedad puede influir en la aparición del cáncer, ya que cuando la persona mantiene niveles altos de ansiedad por largo tiempo, esto afecta su bienestar psicológico, lo cual inhibe el sistema inmunológico y, a la vez, altera sus procesos cognitivos y sus reacciones emocionales (Cano, 2005).

Rasgos de Personalidad

Para hablar de personalidad, se debe comprender este término, el cual surge de la necesidad de dar explicaciones generalizadas a las diversas manifestaciones conductuales que presentan los seres humanos. Al estudiar este aspecto aparecen varias teorías de la personalidad (Flórez, 2007). La personalidad es un término relevante para la psicología y presenta un doble sentido “como característica global del comportamiento individual originada en factores de origen biológico (...) y como estabilidad del comportamiento originada en fenómenos de aprendizaje social” (Flórez, 2007, p. 164). En los dos sentidos hay una diversidad teórica tanto en psicología como en medicina para establecer asociaciones entre estas disciplinas y el proceso salud-enfermedad (Flórez, 2007). Otro aspecto a considerar en el término “personalidad” es que va a incluir diversos rasgos, manifestaciones o factores que se consideran parte de ella e influyen en el proceso mismo de enfermedad del individuo (Flórez, 2007; Hernández & Grau, 2005).

La manifestación conductual o conducta puede tener diversas repercusiones en la salud de las personas, por ejemplo, puede modificar la homeostasis orgánica de manera directa a través de la inactividad o por trastornos alimenticios, o mediante la ingesta de sustancias extrañas al organismo, como fumar, tomar bebidas alcohólicas o usar otras drogas. La conducta también puede ser un factor de riesgo, como es el caso de llevar a cabo acciones imprudentes o transmitir enfermedades infecciosas por conductas riesgosas. Además, se han identificado una serie de patrones de comportamientos o tipos psicobiológicos que pueden generar efectos insalubres en la persona; éstos consisten en ciertos patrones de personalidad que se asocian a alguna enfermedad en específico, como la personalidad tipo A, que se relaciona con enfermedades cardíacas; y la tipo C, con el cáncer (Torres, 2006).

Respecto a los tipos psicobiológicos, éstos son representados con las letras A, B, C y D. Fueron descubiertos por diversos autores en periodos de tiempo diferentes. La personalidad tipo A, descubierta por los cardiólogos Friedman y Rosenman en 1959 (citados en Sanderman & Ranchor, 1997), se basó en la observación clínica de los pacientes de dichos médicos. Es una personalidad con una predisposición a enfermedades cardiovasculares (Arbizu, 2000; Lală, Bobîrnac, & Tîpa, 2010; Sebastián, León, & Hospital, 2009). Las personas con tipología A son más susceptibles a presentar hipertensión arterial, arritmias cardíacas e infarto al miocardio, y se caracterizan por ser impacientes y hostiles (Shi et al., 2013). Son individuos competitivos, más, en el aspecto social, saturan su tiempo de actividades, presentan estrategias adaptativas agresivas y buscan el éxito y una posición de líder (Lală et al., 2010; Molina, Hernández, & Sarquis, 2009). Además, existen diversas correlaciones entre la personalidad tipo A y diferentes desórdenes físicos y psicológicos, por ejemplo, en el campo médico esta personalidad ha sido correlacionada

con niveles altos de triglicéridos y colesterol, con cierta reducción en el tiempo de la coagulación, con altos niveles de cortisol y con un bajo crecimiento hormonal en las personas. En el aspecto psicológico, la persona con este tipo de personalidad presenta desórdenes como ansiedad, depresión y conductas negativas, como frustración, hostilidad, falta de adaptación y bajos niveles de capacidad para lidiar con el estrés (Fernández-Ballesteros & Ruiz, 1997).

La personalidad tipo B es exhibida por “individuos tranquilos, confiados, atentos al bienestar social con facilidad de expresión emocional” (Sebastián et al., 2009, p. 462). Estas personas tienden a ser serenas, confiadas, relajadas y abiertas a las emociones, aun a las hostiles. Presentan un estado emocional agradable por disminución de la activación o porque tienen una activación placentera. Por lo general, se considera este tipo de personalidad como el ideal, porque tiene un mayor equilibrio emocional y es más saludable (Molina et al., 2009).

La personalidad tipo C, de acuerdo con Temoshok, Morris y Greer, incluye “la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira” (citado en Arbizu, 2000, p. 176) y la expresión de conductas positivas y socialmente deseables, como: “excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general, en todos los ámbitos de la vida” (Arbizu, 2000, p. 176). Lydia Temoshok ha descrito el patrón de comportamiento tipo C como aquel en el cual la persona posee pasividad, negación de las emociones negativas y represión de las emociones. Las personas que tienen este tipo de comportamiento van a ser complacientes, pasivas y no exteriorizarán sus emociones negativas, lo cual aumenta sus posibilidades de padecer cáncer (Cerezo et al., 2009; Llantá et al., 2005). También se considera que la supresión emocional es importante en el modelo psicosomático de

enfermedad, pues el suprimir emociones fuertes conlleva al aumento en la persona de la susceptibilidad a enfermarse (Iwamitsu et al., 2003).

Este patrón de comportamiento C ha sido criticado debido a la diversidad con la que varios autores han caracterizado los componentes del patrón; por ejemplo, Greer y Morris, en 1975, consideraban que las características principales del patrón de comportamiento C eran el tipo de expresión emocional y el número de eventos estresantes; años después, Morris, Greer, Pettingale y Watson, en 1981, señalaron que las características eran la menor expresión de emociones negativas y la supresión emocional ante situaciones estresantes. Otros precursores principales, Temoshok y Heller en 1984, propusieron que las características eran: el control emocional, el bloqueo crónico de las necesidades y sentimientos, y desarrollar sentimientos de impotencia bajo situaciones extremadamente estresantes. Un último ejemplo de las características del patrón de comportamiento C es el de Eysenck en 1994, quien consideró que eran personas: extremadamente cooperativas y pasivas, evitaban los conflictos, y presentaba supresores de emociones (como la ira o la ansiedad). Además, las personas con este patrón utilizan la represión como un rasgo que presenta un afrontamiento rígido y un aumento de la susceptibilidad a experimentar desesperanza y depresión. Por ello, descubrir cuál es el núcleo del patrón de comportamiento C ha sido el interés de múltiples autores. Podría considerarse que este núcleo es la inhibición o supresión de las emociones negativas (antiemocionalidad), a la par de la necesidad de mantener relaciones interpersonales armoniosas (Anarte, Esteve, Ramírez, López, & Amorós, 2001).

Las características principales de la persona con personalidad tipo C son (Arbizu, 2000; Iwamitsu et al., 2003; Sebastián et al., 1997): la supresión y la negación de las emociones negativas, por ejemplo: ansiedad, agresión e ira, y el uso de la racionalización.

Otra característica es la expresión de emociones positivas socialmente aceptadas, como la paciencia y tolerancia en exceso, además del conformismo y la aceptación estoica de los problemas para lograr relaciones armoniosas. Aun después de haber logrado unificar las bases de la personalidad tipo C, al considerar como su núcleo a las variables supresión o represión de emociones negativas y expresión de emociones socialmente aceptadas, se encuentran dos visiones sobre este tipo de personalidad, y son las siguientes:

Tabla 2. Visiones sobre la personalidad tipo C

| Dos visiones sobre la personalidad tipo C | |
|---|---|
| Considerada como mecanismos de defensa ante la ansiedad (Temoshok & Dreher, 1992; Spielberger, 1988). | Considerada como un patrón o estilo de comportamiento de supresión de emociones (Greer & Watson, 1985). De acuerdo a su especificidad: Presenta una especificidad por acciones (Bleiker, Van Der Ploeg, Hendriks, Leer, & Klein, 1993). |
| | Presenta una especificidad por emociones (Watson & Greer, 1983). |

Nota: Adaptado de Anarte et al., 2001

Debido al estrés que genera el diagnóstico de cáncer en una persona, Temoshok ha considerado que las características de conformidad, complacencia y la tendencia a suprimir emociones negativas pueden llevar a la persona a la desesperanza crónica e influir en la prognosis de la enfermedad (Morris, Pettingale, & Haybittle, 1992).

Lydia Temoshok ha continuado el estudio del patrón de comportamiento tipo C, no sólo al relacionarlo con el cáncer, sino con enfermedades crónicas, en específico con el VIH. Esta autora considera que la represión o la poca expresión de emociones conlleva una desregulación fisiológica (Solano et al., 2002). Otros autores concuerdan con que existe una relación entre la personalidad tipo C y las enfermedades crónicas, por ejemplo, Vinnacia

(2003) menciona que la supresión emocional es una característica de las personas que padecen una enfermedad crónica. Una excepción son las enfermedades cardiovasculares estudiadas por el patrón de personalidad tipo A.

En la actualidad se estudia un nuevo tipo de personalidad, el tipo D, el cual está asociado con pacientes cardíacos (como la personalidad tipo A) y con propensión a la angustia (Denollet & Conraads, 2011); las personas con este tipo de personalidad presentan dos características principales: afectividad negativa e inhibición social (Bon-Martens et al., 2012). La afectividad negativa es la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y las situaciones; esto está altamente relacionado con la neurosis. La inhibición social consiste en la tendencia a sentirse incómodo e inhibido en interacciones sociales, lo que es afín a la introversión (Mommerstegg et al., 2011; Nyjlícek, Van Beugen, & Denollet, 2013).

Existen otros autores, como Grossarth-Maticek y Eysenck, que consideran estilos de reacción de las personas al estrés, los cuales tienen relación con los tipos psicobiológicos. En específico, se pueden asociar dos estilos de esta clasificación con la presente investigación (Arbizu, 2000; Stierlin & Grossarth-Maticek, 2003): el Tipo I, en el cual la persona muestra una alta dependencia conformista con algún objeto o persona que considera importante. Además, presenta problemas para relacionarse en intimidad o proximidad con sus seres queridos y, ante situaciones estresantes, muestra sentimientos de indefensión, desesperanza y reprime las emociones; y el Tipo V racional-emocional, en el cual el individuo emite reacciones racionales y antiemocionales, con lo que suprime o niega las manifestaciones afectivas, y predomina lo racional sobre lo emocional, aspecto vinculado con el desarrollo del cáncer. “Otras características de personalidad que se han asociado al cáncer son la presencia de altos niveles de depresión, sentimientos de

indefensión y pesimismo” (Arbizu, 2000, p. 176). Dentro de estos estilos de Grossarth-Maticek y Eysenck se encuentran cuatro tipos más (Stierlin & Grossarth-Maticek, 2003) que se asocian a otros padecimientos: el Tipo II, el cual muestra fácilmente sus agresiones y quejas, lo que, a corto plazo, le permite percibir una sensación de fortaleza, pero en realidad no cambia nada de su situación, y a mediano y largo plazo genera miedo. El Tipo III sostiene un diálogo interno que no llega a acuerdos; y lo lleva a presentar un aspecto de descontento y genera sentimientos de angustia. Asimismo, conduce a rasgos parcialmente neuróticos o incluso psicóticos, pero flexibles, que a largo plazo no perjudican a la persona. El Tipo IV presenta un diálogo interno que llega a acuerdos, y la persona es capaz de admitir y expresar diferentes emociones y necesidades; además, puede autorregularse. El Tipo VI presenta un diálogo interno caótico; se basa en sus impulsos y necesidades sin considerar el bienestar común y tiene una conducta tan asocial como adictiva.

Estrés y enfermedad

El estrés es la presión que la vida cotidiana ejerce sobre una persona y la forma en que esta presión la hace sentir (McEwen, 2006). Ha tenido distintas definiciones de acuerdo con el momento histórico y la disciplina de los autores que lo han descrito. También existen diversas formas de concebir al estrés, por ejemplo, si se considera desde polaridades (positivo-negativo), se observa que existe un estrés positivo (eustrés) y uno negativo (distrés) (Orlandini, 2012; Sánchez, González, Marsán, & Macías, 2006). Según su temporalidad, se divide en agudo cuando se presenta momentáneamente y luego termina o en crónico cuando se presenta por tiempo prolongado (Carvalho et al., 2005; Orlandini, 2012).

Uno de los primeros autores que utilizaron el término estrés fue Walter Cannon en 1932. Este autor usó el término para describir la respuesta de *fight or flight*, lucha o huida, en la cual el individuo, al percibir una situación como amenazante, reacciona y se prepara para pelear o huir de dicha situación (Taylor, 2007). Es decir, la definición de estrés se centraba, fundamentalmente, en la respuesta biológica del organismo a la amenaza (Rodríguez, 1995).

Posteriormente, el concepto estrés es retomado por Hans Selye, quien lo define como la “Respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante” (Rodríguez-Marín & Neipp, 2008, p. 42). Para Selye, el estrés es una respuesta específica en sus manifestaciones, pero inespecífica en su causa. Asimismo, este autor menciona que cuando el organismo se enfrenta a algún estresor, se prepara y reacciona de forma automática para repelerlo, sin importar el tipo de estresor; en otras palabras, se trata de un patrón de reacción automática del organismo (Taylor, 2007).

Selye señala que cuando el estrés se prolonga, la respuesta fisiológica cambia, esto es, el organismo no sólo lucha o huye, sino que presenta el Síndrome General de Adaptación (SGA), el cual consta de tres fases: 1) alarma: el organismo se prepara para enfrentar la amenaza; 2) resistencia: el organismo confronta la amenaza con sus recursos; y 3) agotamiento, lo cual sólo sucede si el organismo no puede repeler la amenaza y gasta todos sus recursos en esta lucha o huida (Taylor, 2007). Este modelo del estrés, según Selye, proporciona una teoría general de las reacciones del organismo y un mecanismo fisiológico que explica la relación del estrés con la enfermedad; sin embargo, no deja lugar a la valoración psicológica de los acontecimientos generadores de estrés.

En 1967 surge la primera visión psicológica del estrés con la teoría de los eventos vitales de Holmes y Rahe, la cual considera al estrés como un estímulo, agente o

acontecimiento vital (Hernández & Grau, 2005). Esta teoría toma en cuenta que los eventos vitales producidos de manera natural no sólo presentan consecuencias únicas para la persona, sino que sus efectos se van acumulando; es decir, a mayor cantidad de eventos vitales que le sucedan a una persona, las probabilidades de que esta presente problemas en su salud son mayores. Esto último explica porque el individuo necesita un reajuste social, el cual se define como la intensidad y el tiempo necesario para reestructurar un evento vital, sin importar lo deseable que haya sido (Morrison & Bennett, 2008).

Actualmente, la definición de estrés se entiende como “una transacción entre la persona y el ambiente” o una situación resultante de la interpretación y la valoración de los acontecimientos que hace la persona. El principal autor de esta visión es Richard Lazarus, quien, junto con varios investigadores, elaboró el modelo cognitivo transaccional del estrés, el cual considera al estrés como “el resultado de la interacción entre las características y valoraciones de un individuo, el entorno del suceso interno o externo (factor estresante) y los recursos internos o externos de que dispone una persona” (Morrison & Bennett, 2008, p. 365). Así, ante una situación interna o externa, la persona reacciona de determinada manera; para ello, realiza dos evaluaciones de la situación: la evaluación primaria evalúa su significado personal, si la percibe como un daño o pérdida como posibilidad o como realidad o bien, como un desafío personal; después, la persona realiza una evaluación secundaria, en la cual examina si cuenta con los recursos para lidiar con esta situación o no. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), existen dos factores para definir un acontecimiento como estresante: factores personales (dentro de los cuales se tienen elementos cognitivos [creencias y compromisos], hábitos comportamentales, de personalidad y motivacionales) y factores situacionales (las características distintivas objetivas del acontecimiento o situación y las dimensiones objetivas de la situación).

En sus inicios, Lazarus (1966) considera dos respuestas de afrontamiento: la primera está constituida por acciones observables creadas para modificar directamente la situación estresante; y la segunda es un afrontamiento paliativo, en el cual se acepta la situación estresante y las acciones se enfocan a manejarla y a reducir el distrés resultante. En estudios posteriores, Folkman y Lazarus (1980) señalan otras dos respuestas de afrontamiento dependiendo del foco en donde se centren: la primera es una regulación de las emociones causadas por el distrés (afrontamiento centrado en la emoción), y la segunda está enfocada en manejar el problema que ocasiona el distrés (afrontamiento centrado en el problema). Dichos autores comprueban que ambas respuestas se dan en la mayoría de los encuentros estresantes y varían sólo en cuanto a la forma en que la persona evalúa cada “transacción”.

Existen otros elementos que intervienen en el proceso del estrés, los cuales se revisan a continuación. El primero, el término estresor, se define como los estímulos desencadenantes de las respuestas biológica y psicológica del eustrés y del distrés (Orlandini, 2012).

Los estresores son estímulos que provocan la respuesta al estrés. Ante éstos, la persona responderá desde su cuerpo (respuesta fisiológica) al reaccionar al estímulo y también responderá racionalmente por medio de una valoración en la que considerará si el estímulo es estresante o no y, de acuerdo con ello, responderá ante dicho estímulo (Orlandini, 2012).

Rodríguez (1995) conceptualiza tres niveles de estresores: 1) acontecimientos vitales importantes (se presentan de forma súbita y requerirán que el estilo de vida tenga ajustes importantes; presentan un periodo inicial de choque para pasar a un periodo de ajuste gradual); 2) tensiones vitales importantes (dificultades que no se resuelven ni rápida

ni fácilmente en las relaciones personales, sociales y en las ocupaciones); y por último 3) el estrés producido por problemas cotidianos (no presenta una tensión alta, pero es persistente y logra producir un efecto alto de estrés).

En cambio, para Orlandini (2012) existen trece criterios, los cuales son: 1) según el momento en que actúa, 2) el periodo en que actúa, 3) la repetición del tema traumático, 4) la cantidad en la que se presentan los estresores, 5) la intensidad del impacto, 6) la naturaleza del agente, 7) la magnitud social, 8) el tema traumático, 9) la realidad del estímulo, 10) la localización de la demanda, 11) la relación intrapsíquica de la persona, 12) los efectos sobre la salud y 13) la fórmula diátesis/estrés.

Así, el estrés va a producir cambios en el individuo. El primero de ellos va a ser la activación fisiológica; después, se presenta la respuesta cognitiva (no sólo la evaluación cognitiva, sino también las respuestas involuntarias, como la incapacidad para concentrarse, los trastornos en la ejecución de tareas cognitivas y la aparición de pensamientos intrusivos o repetitivos); en tercer lugar surgen las reacciones emocionales y, como consecuencia, se presentarán las respuestas comportamentales (Rodríguez, 1995). No obstante, es importante señalar que únicamente cuando se da la valoración cognitiva se puede hablar del afrontamiento del estrés, el cual es definido por Lazarus y Folkman (1986) como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se crean para lidiar con las demandas específicas externas e internas que sean valoradas como desbordantes respecto a los recursos de la persona.

Los recursos se definen como las capacidades internas o externas con las que se cuenta para contrarrestar las situaciones o acontecimientos estresantes, y se pueden clasificar en (Rodríguez, 1995): 1) físicos/biológicos (elementos del entorno de la persona de los que dispone ésta; incluyen su propio organismo), 2) psicológicos/psicosociales

(considera sus respuestas de afrontamiento y sus capacidades psicológicas) y 3) los culturales (sus creencias) y los sociales (la red de familiares y amigos con la que cuenta el individuo).

Para que se presente el afrontamiento, en la respuesta se debe haber considerado la situación vivida como amenazante. Esta respuesta, inicialmente, es fisiológica, ya que el organismo recibe el impacto de los estresores. La forma en la cual cada uno va a procesar este impacto es por medio del “filtro funcional de la percepción”. Por lo tanto, el paso de un estrés agudo (temporal) a uno crónico va a depender de los procesos de cada persona (Sánchez & López, 2010).

Una acotación importante es reconocer que el estrés no sólo tiene connotaciones negativas, sino que también prepara a la persona para que pueda lidiar con situaciones de la vida diaria; además, suministra energía y excitación para llevar a cabo las tareas. Una forma de dividir al estrés, de acuerdo con este enfoque, es por medio de los términos eustrés, o estrés positivo que tiene la gente, y su contraparte, el distrés o estrés negativo que también puede presentar la persona (Sánchez et al., 2006).

Asimismo, las definiciones del estrés en la salud y la enfermedad consideran al estrés, de acuerdo con su periodicidad, como agudo y crónico. El estrés agudo es aquel que sucede durante periodos cortos de tiempo y le permite al organismo recuperarse de la situación, mientras que el crónico se entiende como el estar frente a situaciones estresantes por mucho tiempo, lo que no le da tiempo al organismo para poder reajustarse (Carvalho et al., 2005). Esto último conlleva cambios en el organismo (Arbizu, 2000; Carvalho et al., 2005), como: “la presencia de daño cromosómico, alteraciones en su reparación, fallas en la apoptosis y disminución en la vigilancia del sistema inmunitario” (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005, p. 396). Por tanto, el estrés crónico daña el sistema inmune y aumenta el riesgo de padecer

una enfermedad (Sapolsky, 2013). Además, cuando se presenta el estrés crónico el organismo se mantiene como si siempre existiera una situación de alarma o bien, realiza evaluaciones incorrectas al considerar los estímulos reales más peligrosos de lo que son en realidad (Sánchez & López, 2010).

Debido a que el estrés crónico es una condición que afecta todas las funciones del organismo, implica la interacción organismo-psyque; asimismo, es producto de los vínculos de la persona con los otros (Sánchez & López, 2010). Lo anterior se manifiesta en el organismo de la persona a través de enfermedades, pero éstas son manifestaciones de las presiones externas que no pueden ser enfrentadas adecuadamente (Sánchez & López, 2010). Esta relación entre el estrés y la enfermedad se considera un proceso de deterioro donde decaerá el funcionamiento del organismo (biológico, psicológico y social) de la persona. Dicho deterioro puede llevar a la muerte (Rodríguez, 1995).

Si bien hasta ahora se ha mostrado al estrés como agente causal del inicio y desarrollo de la enfermedad, ésta última también puede ser considerada un acontecimiento precursor del estrés.

Regularmente, en todas las sociedades se considera bueno o positivo el estar sano, por lo cual, cuando una persona tiene una enfermedad, esta se vuelve un acontecimiento estresante. La valoración de la persona dependerá del padecimiento que presente y de cómo afecte su vida cotidiana (Morrison & Bennett, 2008). Es posible que la persona no tenga conciencia de este estrés desarrollado por la enfermedad o por tener ésta (Barroilhet et al., 2005). Hay estudios que asocian al estrés con la enfermedad (Barroilhet et al., 2005; Cano, 2005; Cerezo et al., 2009; Cohen, 2013; Iwamitsu et al., 2003) por las manifestaciones emocionales (culpa, desamparo, ansiedad, disgusto, depresión, ira, vergüenza, entre otras). El proceso del estrés se puede percibir en las personas cuando, por ejemplo, piensan que

tienen cáncer o cuando ya lo saben con certeza (Barroilhet et al., 2005). En ese momento, el individuo percibe un cambio o una amenaza de cambio. La valoración que va a realizar con respecto a la enfermedad tendrá un significado personal, el cual puede ser (Barroilhet et al., 2005): de daño o pérdida, real o posible, o como un desafío personal (valoración primaria). A esta primera valoración le sigue una relacionada con las opciones de afrontamiento con las que cuenta (valoración secundaria). La valoración primaria está influida por las creencias y valores personales, mientras que la valoración secundaria está más vinculada con el grado en que la persona puede controlar o cambiar la situación (Barroilhet et al., 2005). En el ejemplo del cáncer relacionado con el estrés, el estrés tiende a mantenerse de forma crónica con algunas agudizaciones y va en aumento en las personas con cáncer (Barroilhet et al., 2005). El estrés produce la exposición a grandes cantidades de glucocorticoides, “es cuando el sistema inmune no sólo regresa a la línea de base, sino que cae en picada hacia la inmunosupresión” (Sapolsky, 2013, p. 189).

A esta periodicidad del estrés crónico, ya sea como causa o consecuencia de la enfermedad, McEwen (2006) la denomina carga alostática, ya que el sistema recarga los procesos alostáticos para llegar a la homeostasis. Este modelo involucra una relación entre los estresores, la carga alostática y la salud (Gallo, Jiménez, Shivpuri, Espinoza de los Monteros, & Mills, 2011; McEwen, 2006).

Planteamiento del problema

El Cáncer de Mama (CaMa) es una de las enfermedades que más se ha desarrollado en los últimos años en el mundo. En México, de acuerdo a la Subsecretaría de la Prevención y Promoción de la Salud, el cáncer es la tercera causa de muerte (INEGI, 2016). En las estadísticas por entidad federativa, se observa que en 2013 la media nacional de casos de CaMa en mujeres de 20 y más años fue de 28.90 por cada 100 mil, y Veracruz, superaba la media con 62.36 casos por cada 100 mil mujeres mayores de 20 años de edad (INEGI, 2016). Por lo cual, es importante el estudio de esta enfermedad para tratar de apoyar en su diagnóstico, prevención y tratamiento.

De acuerdo con Carvalho et al. (2005), se ha identificado que los factores de riesgo se dividen en las siguientes categorías: represión de sentimientos, herencia familiar, estrés, trauma físico, hábitos alimentarios y falta de cuidado del cuerpo. Aun cuando se conocen los factores de riesgo para la aparición y desarrollo del CaMa, se desconoce cuáles son las asociaciones entre estos, en particular con aquellos relacionados con las emociones y el estrés. Esto es de gran importancia, debido a que investigaciones recientes en el campo de la psicooncología, disciplina que estudia la dimensión psicosocial y psicobiológica del cáncer (Hernández & Cruzado, 2013; Hernández & Grau, 2005; Rojas et al., 2017), han mostrado que las emociones y su manejo son factores clave en la generación y desarrollo del cáncer, entre ellos el de mama (Cruzado, 2010; Galvis-López & Pérez-Giraldo, 2011; Palmero, Fernández-Abascal, Martínez, & Chóliz, 2002; Silva, 2003; Urquidi et al., 1999). Este aspecto emocional está ligado a la personalidad, la cual presenta componentes biológicos, psicológicos y sociales, que al interactuar forman una estructura comportamental para cada persona. En particular el patrón de personalidad (Personalidad

tipo C), se asocia con el CaMa ya que la supresión emocional conlleva a una valoración diferente entre las variables de la persona (valores) y los acontecimientos sociales (ambientales) (Lazarus, 2000), y por tanto es generadora de estrés.

Existen diversos estudios sobre el papel del estrés en personas con CaMa y otras formas del cáncer (Arbizu, 2000; Barroilhet et al., 2005; Carvalho et al., 2005; Hernández, & Grau, 2005; Morrison & Bennett, 2008; Sánchez & López, 2010). Así mismo, se pueden encontrar análisis en los que el estrés es un factor de desarrollo de la enfermedad o que la enfermedad (cáncer) es la que desarrolla el estrés. No obstante, dichos estudios no han contemplado el papel de la emoción en el desarrollo del estrés y como consecuencia en el CaMa.

Por lo anterior, en este estudio se busca conocer cómo se relacionan la respuesta emocional, la ansiedad, la supresión, la represión y la sintomatología del estrés y, en el desarrollo del cáncer de mama.

Justificación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), el cáncer más frecuente entre las mujeres es el de mama, ya que a nivel mundial representa 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que cada año se detectan 1.38 millones de casos nuevos. En México, de cada 100 mujeres mayores de 20 años con tumores malignos en 2014, 29 tienen CaMa y las muertes por este cáncer representan 14.8% de las muertes por cáncer en el país (INEGI, 2016).

El CaMa es una enfermedad que va en aumento, ya que se estima que para el año 2030, en México, 24,386 mujeres serán diagnosticadas con esta enfermedad, y de ellas 40%

(9,778 mujeres) morirán por el CaMa, lo que hace de esta enfermedad un reto sustancial para el Sistema Nacional de Salud (Ferlay et al., 2010).

En la actualidad se ha reconocido que el CaMa es una enfermedad de etiología multifactorial (Greer & Watson, 1985; Gross, 1989; Morris & Greer, 1980), al considerar factores como el genético, hormonal, ambiental y de estilos de vida, no obstante, poca atención y estudio se han dedicado a factores psicológicos y sociales que pueden predisponer la aparición y progresión de la enfermedad. Por lo tanto, la realización de esta investigación es importante, dado que en ella se estudian variables psicológicas que afectan el desarrollo de la enfermedad como la respuesta emocional, la ansiedad, la supresión emocional y la sintomatología de estrés, como ya se ha mencionado previamente, el CaMa en México, ha logrado desplazar al cáncer cervicouterino como primera causa de muerte por cáncer en mujeres. Ya que la mayoría de los estudios en psicooncología centran su atención en la sintomatología psicosocial que se presenta en el enfermo y la familia, una vez que la enfermedad ha sido diagnosticada o durante el desarrollo de la misma. Más aún los estudios sobre los rasgos de personalidad, el estrés y los estados emocionales entran en grandes contradicciones, lo que hace necesario profundizar sobre sus implicaciones y la relación que guardan todas estas variables. Se espera que esta investigación sirva para apoyar en el futuro a un diagnóstico temprano y en consecuencia a un tratamiento menos invasivo de los que existen en la actualidad.

Pregunta de investigación

¿Existe una relación diferencial entre la respuesta emocional, la ansiedad, la supresión emocional y la sintomatología del estrés, al comparar mujeres Sin Patología Mamaria (SPM), con Patología Benigna Mamaria (PBM) y con Cáncer de Mama (CaMa)?

Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación entre la respuesta emocional, la ansiedad, la supresión emocional y la sintomatología de estrés en grupos de mujeres Sin Patología Mamaria (SPM), con Patología Benigna Mamaria (PBM) y con Cáncer de Mama (CaMa).

Objetivos específicos

- Evaluar la respuesta emocional (valencia, activación y dominancia) en mujeres SPM, con PBM y CaMa mediante el *International Affective Picture System* (IAPS).
- Evaluar los niveles de ansiedad rasgo y estado en mujeres SPM, con PBM y CaMa mediante el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).
- Evaluar la supresión emocional en mujeres SPM, con PBM y CaMa mediante la escala de Control Emocional *Courtauld* de Supresión (CECS).
- Evaluar la sintomatología de estrés en mujeres SPM, con PBM y CaMa mediante el Inventario de Sintomatología de Estrés (ISE).
- Analizar la asociación entre la respuesta emocional, la ansiedad, la sintomatología del estrés y la supresión emocional en mujeres SPM, con PBM y CaMa.

Hipótesis

H1 Existen diferencias en la intensidad y relación entre la respuesta emocional, la ansiedad, la supresión emocional y la sintomatología de estrés entre las mujeres SPM, con PBM y CaMa.

Ho No existen diferencias entre la intensidad y relación de la respuesta emocional, la ansiedad, la supresión emocional y la sintomatología de estrés, y en la intensidad de cada variable entre las mujeres SPM, con PBM y CaMa.

Metodología

Tipo de estudio

De acuerdo a su alcance esta investigación se consideró descriptiva y correlacional; descriptivo debido a que se buscó identificar las características del fenómeno que se analizó y sus tendencias en una población; y correlacional ya que buscó conocer la relación entre las diferentes variables en una población y si existen patrones predecibles. En cuanto a su diseño la investigación fue no experimental, ya que no se manipularon las variables, y solo se observó el fenómeno, siendo de corte transversal ya que la recolección de los datos se realizó en un solo momento, este tipo de investigación busca describir y analizar la presencia de las variables, así como su interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández, & Batista, 2014).

Situación o ámbito

Universo

Una vez que las mujeres cumplieron con los criterios de inclusión se tuvieron dos poblaciones, la primera con mujeres que acudían por primera vez a consulta al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en la ciudad de México; y la segunda en el Estado de Veracruz, por mujeres: que acudían al Centro de Alta Especialidad del Estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio”; por derechohabientes del Seguro Popular; por quienes asistían al Servicio Médico de Cáritas de Xalapa, en Xalapa, Ver.; y por derechohabientes del Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 71, en el Puerto de Veracruz.

Muestra

Se utilizó un muestreo no probabilístico o dirigido, en dos subgrupos que presentaron las características requeridas para la investigación, sin depender de la probabilidad (Hernández et al., 2014). La primera muestra fue de mujeres (> 30 años) reclutadas en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” en la Ciudad de México que se distribuyeron según los resultados de estudios clínicos en tres grupos: mujeres Sin Patología Mamaria (SPM, n=50), con Patología Benigna Mamaria (PBM, n = 50) y mujeres con Cáncer de Mama (CaMa) (n = 50). La segunda muestra de pacientes (> 30 años) divididas según resultados de estudios clínicos con Patología Benigna Mamaria (PBM, n = 32) o Cáncer de Mama (CaMa) (n = 18) estuvo constituida por mujeres que acudían al Centro de Alta Especialidad del Estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio”, en Xalapa, Ver.; también por mujeres derechohabientes del Seguro Popular; y por quienes asistían al Servicio Médico de

Cáritas de Xalapa y por derechohabientes del Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 71, en el Puerto de Veracruz. También en las instituciones antes mencionadas se reclutaron mujeres ($n = 30$) sin signos o síntomas de patología mamaria.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Mujeres con edad entre los 30 y 70 años, que supiera leer y escribir, entender el contenido de los instrumentos y aceptarán participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Mujeres embarazadas o que estuvieran bajo tratamiento psiquiátrico u hormonal y con patología maligna del cérvix.

Variables

Tabla 3. *Variables de la investigación*

| Concepto | Categoría | Variable | Operacionalización de variables | | | |
|----------------|---|---------------------------|---|------------------|---|---------------------|
| | | | Indicadores | Tipo de medición | Código | Escala de medición |
| Personalidad C | Supresión emocional. El grado en el cual los individuos controlan sus reacciones cuando ellos experimentan emociones negativas | Supresión de la ira | Cuando me siento muy enfadado: Me quedo callado Rehúso discutir o decir nada Me reprimo Digo lo que siento Evito hacer una escena Controlo mis sentimientos Oculto mi enfado | Likert | 1 Casi nunca 2 A veces 3 A menudo 4 Casi siempre | Intervalos discreta |
| | | Supresión de la ansiedad | Cuando estoy ansioso o preocupado: Dejo que los demás vean cómo me siento Me quedo callado Rehúso hablar de ello Les cuento a los demás lo que me pasa Digo lo que siento Me reprimo Controlo mis sentimientos | | | |
| | | Supresión de la depresión | Cuando me siento infeliz o desgraciado: Rehúso hablar de ello Oculto mi tristeza Me hago el fuerte | | | |

| | | | | | | |
|-----------|-----------------------|--|---|--------|--|----------------------|
| Represión | Ajuste socioemocional | <p>La dimensión afectiva o experiencia subjetiva del estrés, que proporciona una medida general de las tendencias de los individuos a sentirse insatisfechos con ellos mismos.</p> | <p>Me quedo callado Dejo que los demás vean cómo me siento Controlo mis sentimientos Me reprimo Consta de 84 reactivos y se compone de tres factores: estrés (ansiedad, depresión, baja autoestima y bajo bienestar).</p> | Likert | <p>En la primera parte del cuestionario (del reactivo 1 al 45) las opciones de la escala son: 1. Falso, 2. Más o menos falso, 3. No estoy seguro, 4. Más o menos verdadero y 5. Verdadero.</p> | Intervalos discretos |
| | | <p>La segunda dimensión mide la contención (es decir, el dominio de sí mismo) y abarca variables socioemocionales relacionadas con la socialización y el autocontrol.</p> | <p>Contención (represión de la agresión, control de impulsos, consideración hacia los otros y responsabilidad) y Defensividad (actitud defensiva, negación del estrés)</p> | | <p>En la segunda parte (del reactivo 46 al 84), las opciones son: 1. Casi nunca o nunca, 2. Poco frecuente, 3. Algunas veces, 4. Frecuentemente y 5. Siempre o</p> | |

| | | | | | | |
|--------|--|-----------------------|--|--------|---|---------------------|
| Estrés | Sintomatología de estrés. | Síntomas psicológicos | Irritabilidad fácil Sentirse sin ganas de comenzar nada Sentimiento de cansancio mental Tiempo mínimo para uno mismo Fatiga generalizada Aumento de la bebida, tabaco o sustancias Dificultad de memoria y concentración Estado de apresuramiento continuo Dificultad de controlar la agresividad Cansancio rápido de todas las cosas | Likert | casi siempre. 0 Nunca 1 Raras veces 2 Moderadamente 3 Frecuentemente 4 Siempre | Intervalos discreta |
| | Todas aquellas manifestaciones físicas, funcionales, psicológicas y sociales que resultan de la exposición de una persona ante situaciones estresantes (Benevides et al, 2002) | Síntomas físicos | Sentimientos de baja autoestima Dolor de cabeza Dolor de espalda o cuello Dificultades con el sueño Erupciones en la piel, salpullidos Pequeñas infecciones Problemas gastrointestinales Problemas alérgicos Resfriados y gripes Pérdida o exceso de apetito Problemas en la voz (afonías, cambios de voz, carrasperas, etc.) | | | |
| | | Síntomas sociales | Escasas ganas de comunicarse Falta de flexibilidad adaptativa Dificultades sexuales | | | |

| | | | | | | |
|-----------|---|---|---|--------|---|----------------------|
| Trastorno | <p>Ansiedad La sensación anticipada y desagradable de tensión, preocupación o nerviosismo, que se traduce en la activación del simpático, acompañada de manifestaciones conductuales visibles ante sucesos difusos. (Díaz-Guerrero & Spielberg, 1975)</p> | <p>Ansiedad rasgo. Aquella que caracteriza al sujeto.</p> | <p>Necesidad de aislarse Pérdida del sentido del humor Pérdida del deseo sexual Escasa satisfacción en las relaciones sociales Me siento bien Me canso rápidamente Siento ganas de llorar Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente Me siento descansado(a) Soy una persona “tranquila, serena y sosegada” Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas Me preocupo demasiado por cosas sin importancia Soy feliz Tomo las cosas muy a pecho Me falta confianza en mí mismo(a) Me siento seguro(a) Procuró evitar enfrentarme a las crisis y dificultades Me siento melancólico(a) Me siento satisfecho(a) Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan</p> | Likert | <p>1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 Frecuentemente 4 Casi siempre</p> | Intervalos discretos |
|-----------|---|---|---|--------|---|----------------------|

| | | |
|--|--|---------------------|
| | Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza | |
| | Soy una persona estable | |
| | Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a) | |
| Ansiedad estado. Se refiere a los síntomas manifestados por el individuo en el momento de la aplicación. | Me siento calmado(a) | 1 No en lo absoluto |
| | Me siento seguro(a) | 2 Un poco |
| | Estoy tenso(a) | 3 Bastante |
| | Estoy contrariado(a) | 4 Mucho |
| | Estoy a gusto | |
| | Me siento alterado(a) | |
| | Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo | |
| | Me siento descansado(a) | |
| | Me siento ansioso(a) | |
| | Me siento cómodo(a) | |
| | Me siento con confianza en mí mismo(a) | |
| | Me siento con confianza en mí mismo(a) | |
| | Me siento nervioso(a) | |
| | Me siento agitado(a) | |
| | Me siento “a punto de explotar” | |
| | Me siento reposado(a) | |
| | Me siento satisfecho(a) | |
| | Estoy preocupado(a) | |
| | Me siento agitado(a) y aturdido(a) | |
| | Me siento alegre | |
| | Me siento bien | |

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|---|--|--------|--------------------------|---------------------|
| Modelo tridimensional de Lang | Respuesta Emocional Manifestaciones fisiológicas, conductuales y subjetivas de las emociones. | Valencia afectiva La disposición del cuerpo en situaciones o eventos en términos de rasgos motivacionales de apetito o aversión. Arousal o activación La energía o fuerza que domina el sistema emocional. Dominancia o control Representa el grado de control percibido ante estímulos afectivos. | 59 imágenes en las cuales se miden las 3 variables | Likert | Pictórica con 9 opciones | Intervalos discreta |
|-------------------------------|--|---|--|--------|--------------------------|---------------------|

Instrumentos para la recolección de datos

Respuesta emocional - *International Affective Picture System (IAPS)*

El IAPS ha sido desarrollado en el *Center for the Study of Emotion and Attention* que dirige el profesor Lang en la Universidad de Florida. Su objetivo es el evocar emociones en varias categorías por medio de un conjunto estandarizado de fotografías a color (Moltó et al., 1999). Para la aplicación se deben seleccionar diapositivas que conformen un conjunto del IAPS, un subconjunto deberá contar con 59 o 60 diapositivas. Se proyectará una diapositiva previa de anuncio, después se proyecta la diapositiva del IAPS y al final otra diapositiva que comenta que evalúen. Esta actividad tiene un tiempo determinado. Para medir los juicios evaluativos de los individuos se usa el Maniquí de Auto-evaluación [*self-Assessment Manikin, SAM*] (Vila et al., 2001). Lo que las personas realizarán será evaluar cada diapositiva en las tres dimensiones que mide el test (valencia, activación y dominancia) marcando con una “X” sobre alguna de las 5 figuras o en los espacios entre las mismas, con lo cual se tiene una puntuación entre 1 a 9 por dimensión. Su validación en población mexicana se realizó por Castillo-Parra, Iglesias y Ostrosky-Solis (2002), por medio de gráficos de dispersión los cuales mostraron que los datos se dispersan en forma de boomerang al igual que los estudios de Lang. Para la validez se utilizó el juego de imágenes 19, el cual ya contaba con valores normativos (similitud en la respuesta emocional encontrada por Lang) para población mexicana (Romo-González, González-Ochoa, Gantiva, & Campos-Uscanga, 2018b).

Ansiedad - Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

Se entiende por ansiedad a la sensación anticipada y desagradable de tensión, preocupación o nerviosismo, que se traduce en la activación del sistema nervioso simpático, acompañada de manifestaciones conductuales visibles ante sucesos difusos. El inventario para medir la ansiedad fue el IDARE, instrumento diseñado para cuantificar los fenómenos de ansiedad. Está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) La llamada ansiedad-rasgo (A-Rasgo) aquella que caracteriza al individuo, y 2) la llamada ansiedad-estado (A-Estado), que se refiere a los síntomas manifestados por el individuo en el momento de la aplicación. Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad. De acuerdo con el puntaje se clasifica como ansiedad muy baja con calificación de 20 a 31; baja de 32 a 43; media de 44 a 55; alta de 56 a 67, y muy alta de 68 a 80. Para esta investigación se utilizaron tres categorías: grupo 1: baja y muy baja; grupo 2: moderada, y grupo 3: alta y muy alta. Su redacción utiliza la sintomatología más característica de la ansiedad. La persona debe responder a una de cuatro opciones: casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre para la escala de ansiedad-rasgo; y no, poco, regular y mucho para la escala de ansiedad- estado. Las respuestas se califican con 1, 2, 3 y 4 en los reactivos positivos (a mayor puntuación, mayor ansiedad) y 4, 3, 2 y 1 en los reactivos negativos (a mayor puntuación, menor ansiedad); se utilizó la plantilla de calificación del manual (Díaz-Guerrero & Spielberg, 1975). Los autores en su validación en México reportan la confiabilidad test-retest en intervalo de 20 días alta: 0.86 para la escala A-Rasgo y de 0.54 para la escala A-Estado.

Supresión – *The Courtauld Emotional Control Total Score (CECS)*

Se utilizó la Escala de Control Emocional *Courtauld* de Supresión (CECS), elaborada y validado por Watson y Greer (1983) y adaptada y traducida para hispano hablantes por Durá et al. (2010). Este instrumento evalúa el grado en que los individuos dicen controlar sus reacciones cuando una emoción negativa es experimentada. El CECS es un cuestionario de 21 reactivos separados en tres sub-escalas para el informe específico de la supresión de la ira, la ansiedad y la depresión. Es decir, CECS mide cuando los participantes "apagan" o "embotellan" los sentimientos de enojo, depresión y ansiedad. Las categorías de respuesta de cada reactivo se califican en una escala *Likert* de 4 puntos que van desde “casi nunca” a “casi siempre”. Por lo que a mayores puntajes del CECS les corresponden mayores niveles de supresión emocional. La consistencia interna de las sub-escalas del CECS es buena: los coeficientes alfa van desde 0.86 (sub-escala de la ira) a 0.88 (sub-escalas de ánimo deprimido y de ansiedad); y la puntuación total del CECS es de 0.95. Por lo que la confiabilidad del instrumento es estadísticamente satisfactoria.

Represión- Inventario de Ajuste de *Weinberger (WAI)*

El Inventario de Ajuste de *Weinberger* fue diseñado por Weinberger y Schwartz en 1990, para medir el ajuste socioemocional, fue constituido por 84 reactivos los cuales están divididos en tres factores: distrés (ansiedad, depresión, baja autoestima y bajo bienestar), contención o dominio de sí mismo (represión de la agresión, control de impulsos, consideración hacia los otros y responsabilidad) y defensividad (represión-defensividad, negación del distrés). Los reactivos se evalúan en una escala *Likert* de cinco puntos, de la pregunta 1 a la 45 las opciones de la escala son: 1 falso, 2 más o menos falso, 3 no estoy seguro, 4 más o menos verdadero y 5 verdadero; de la pregunta 46 a la 84 son: 1 casi nunca

o nunca, 2 poco frecuente, 3 algunas veces, 4 frecuentemente y 5 siempre o casi siempre. La validación en México se realizó con una muestra de 452 sujetos en el estado de Veracruz, por Romo-González et al. (2014), los tres factores obtuvieron una consistencia interna superior a 0.85 y una confiabilidad superior al 0.7 por medio de la prueba test-retest.

Sintomatología de Estrés - Inventario de Sintomatología de Estrés (ISE)

Se entiende a la sintomatología del estrés como todas aquellas manifestaciones físicas, funcionales, psicológicas y sociales que resultan de la exposición de una persona ante situaciones estresantes. Benevides, Moreno, Garrosa y González (2002) diseñaron el Inventario de *Burnout* de Psicólogos (IBP), del cual, una parte del instrumento fue el Inventario de Sintomatología del Estrés (ISE), instrumento que evalúa la frecuencia con que se presentan los síntomas del estrés en la vida diaria. Consta de 30 ítems; la escala de respuesta a la frecuencia de sintomatología va de 0 nunca, raras veces 1, moderadamente 2, frecuentemente 3 y siempre 4. Evalúa tres factores: síntomas psicológicos (preguntas 10, 12, 14, 22, 4, 2, 30, 3, 17, 1, 29 y 18); síntomas físicos (preguntas 27, 19, 15, 21, 9, 13, 25 y 5); síntomas sociales (preguntas 16, 26, 6, 8, 28, 11, 20 y 24). Los baremos (puntajes) para el inventario son los siguientes: sintomatología psicológica de 0 a 11, bajo, de 12 a 19, medio y >19, alto; sintomatología física de 0 a 5, bajo, de 6 a 8, medio y >8, alto; sintomatología socio-psicológica de 0 a 5, bajo, de 6 a 8, medio y >8, alto; sintomatología global de 0 a 22, bajo, de 22 a 33, medio y >33, alto. Presenta coeficientes alfa en los síntomas psicológicos de 0.848, en los síntomas sociales 0.837 y en los síntomas físicos 0.720 (Benevides et al., 2002). La validación en México de este instrumento la realizaron Moreno-Jiménez, Meda-Lara, Morante-Benadero, Rodríguez-Muñoz y Palomera-Chávez

(2006), los resultados muestran una consistencia interna evaluada por medio del *alpha* de *Cronbach*, con valores de entre 0.87 y 0.78.

Procedimiento para la recopilación y el análisis de los datos

Recopilación de la información

El método para obtener los datos fue el acercamiento directo a mujeres que acudían a consulta en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” en la Ciudad de México, al Centro de Alta Especialidad del Estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio”; por derechohabientes del Seguro Popular; por quienes asistían al Servicio Médico de Cáritas de Xalapa, en Xalapa, Ver.; y a derechohabientes del Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 71, en el Puerto de Veracruz. Se les explicó en qué consistía la investigación y aquellas mujeres que decidieron participar en la investigación se les aplicaron un formato de consentimiento informado, un cuestionario de datos personales y los test. La aplicación de los instrumentos se realizó en un espacio que proporcionaron en las salas de espera los hospitales, en específico en el caso del IAPS se utilizó el juego de imágenes 19. Debido a las dificultades de espacio, se realizó una modificación para la aplicación del este instrumento, el cual normalmente se aplica con el apoyo de un proyector para mostrar las imágenes. En nuestro caso utilizamos una carpeta que contenía las fotografías y estas se les mostraban a las participantes durante un minuto (utilizando un cronometro), después del cual las mujeres calificaban su respuesta emocional con ayuda del Maniquí de Auto-evaluación, para marcar sus respuestas. El diagnóstico de los estudios clínicos como mastografía o biopsia de las mujeres de cada ciudad fue proporcionado por la institución de salud a la que acudían.

Análisis de datos

Para la primera muestra se analizaron las siguientes variables: sintomatología del estrés, supresión emocional, represión y una hoja de datos generales. En los tres grupos de mujeres: Sin Patología Mamaria (SPM), Patología Benigna Mamaria (PBM) y Cáncer de Mama (CaMa). Se creó una base de datos en *Excel* y se comprobaron los supuestos de normalidad con la prueba *Kolmogorov-Smirnov* y la homogeneidad con la prueba *Levene* para después realizar un análisis de correlación de *Pearson* para identificar las asociaciones entre las variables. Asimismo, se efectuó un análisis de componentes principales, para conocer cuáles eran las variables con mayor peso. Todos los análisis se realizaron con el programa *Statistica 7*. Finalmente, se realizó un análisis de redes, que permitió identificar las estructuras que emergieron de las redes, las cuales fueron un conjunto de nodos o puntos relacionados por líneas. Un aspecto relevante fue el describir un análisis estructural de las redes, cómo se relacionaban cada nodo dentro de su conjunto y también cómo se relacionaban conjuntos entre sí, además el grado del nodo, se determinó por el número de conexiones que un nodo presentaba, que tan cerca o lejanos se encontraban los conjuntos y los nodos así como, los nodos que no se agruparon, etc. (Pineda, Meneses, & Téllez, 2013; Valente, Palinkas, Czaja, Chu, & Brown, 2015).

El proceso para la realización de las redes fue basándose en los puntajes crudos de los tests, se realizaron correlaciones de *Pearson* de cada grupo, y posteriormente se transformaron a sistema binario (0,1) siendo el 0 donde no existía correlación y el 1 cuando existía correlación, y con estas bases de correlaciones binarizadas, se crearon las redes con el programa *Ucinet 6*.

Con los resultados obtenidos se encontró que las mujeres suprimían la ansiedad, pero no se sabía si presentaban ansiedad y surgió la duda de si la supresión de emociones podía iniciar desde la respuesta emocional, por lo cual se planteó el uso de otros instrumentos en una segunda muestra.

Para la segunda muestra se analizaron las siguientes variables: respuesta emocional, ansiedad, sintomatología del estrés, supresión emocional y una hoja de datos generales. En grupos de mujeres Sin Patología Mamaria (SPM), Patología Benigna Mamaria (PBM) y Cáncer de Mama (CaMa). La base de datos con las variables antes mencionadas se realizó en *Excel*, se efectuaron los análisis de normalidad mediante las pruebas *Kolmogorov-Smirnov* y de homogeneidad de varianzas con la prueba *Levene*, para comprobar que las variables cumplieran los supuestos. Para analizar las diferencias entre los grupos se realizaron análisis de varianzas (ANOVAS) en las variables que cumplieron los supuestos y para aquellas variables que no los cumplieron se utilizó la prueba no paramétrica *Kruskal-Wallis*. Para corroborar cuales fueron los grupos que generaban las diferencias entre las variables se ejecutaron análisis *post hoc* de los valores de las medias, se utilizaron comparación de rangos para las variables no paramétricas y la prueba de *Fisher* para la variable paramétrica. Finalmente, se llevaron a cabo correlaciones de *Pearson* en cada grupo de mujeres para identificar asociaciones entre las variables. Todos los análisis se realizaron con el programa *Statistica 7*.

Resultados

Descripción de la población

Para la primera muestra, se contó con un registro inicial de 150 mujeres, las cuales al obtener su diagnóstico se agruparon de la siguiente manera: Sin Patología Mamaria (SPM), Patología Benigna Mamaria (PBM) y Cáncer de Mama (CaMa), con 50 mujeres en cada grupo. De la hoja de datos generales se obtuvo información sobre variables hormonales, genéticas y de estilo de vida de las mujeres que participaron en el estudio (ver tabla 4).

Tabla 4. Datos generales de las mujeres de la primera muestra

| | CaMa (n=50) | PBM (n=50) | SPM (n=50) |
|--------------------------------------|-------------|------------|------------|
| | % | % | % |
| Edad | | | |
| Entre 40 a 69 años | 66 | 50 | 52 |
| Menores de 40 o mayores de 70 años | 34 | 50 | 48 |
| Historia familiar de cáncer | | | |
| Si | 40 | 56 | 46 |
| No | 60 | 44 | 54 |
| Menarca temprana | | | |
| Sí | 2 | 4 | 4 |
| No | 98 | 96 | 96 |
| Menopausia | | | |
| Sí | 48 | 14 | 20 |
| No | 52 | 86 | 80 |
| Gestas | | | |
| Si | 74 | 46 | 48 |
| No | 26 | 54 | 52 |
| Terapia de reemplazo hormonal | | | |
| Sí | 50 | 20 | 8 |
| No | 50 | 80 | 92 |

(SPM: Sin Patología Mamaria, PBM: Patología Benigna Mamaria, CaMa: Cáncer de Mama)

Para la segunda muestra, se contó con un registro inicial de 80 mujeres, las cuales al obtener su diagnóstico se agruparon de la siguiente manera: 30 mujeres en el grupo Sin Patología Mamaria, 32 mujeres en el grupo Patología Benigna Mamaria y 18 mujeres en el grupo de Cáncer de Mama. De la hoja de datos generales se obtuvo la siguiente información con lo que respecta a variables hormonales, genéticas y de estilo de vida de las mujeres que participaron en el estudio (ver tabla 5).

Tabla 5. Datos generales de las mujeres de la segunda muestra.

| | CaMa (n=18) | PBM (n=32) | SPM (n=30) |
|--|-------------|------------|------------|
| | % | % | % |
| Edad | | | |
| Entre 40 a 69 años | 66 | 84 | 89 |
| Menores de 40 o mayores de 70 años | 34 | 16 | 11 |
| Historia familiar de cáncer | | | |
| Si | 45 | 25 | 53 |
| No | 55 | 17 | 47 |
| Menarca temprana | | | |
| Si | 50 | 55 | 53 |
| No | 50 | 45 | 47 |
| Gestas | | | |
| Si | 94 | 86 | 100 |
| No | 6 | 14 | 0 |
| Edad del Primer Parto | | | |
| Menores de 30 años | 94 | 96 | 89 |
| 31 años o más | 6 | 4 | 11 |
| Métodos de planificación familiar | | | |
| Métodos hormonales | 0 | 0 | 4 |
| Métodos de barrera | 100 | 100 | 96 |
| Lactancia | | | |
| Si | 55 | 62 | 47 |
| No | 45 | 38 | 53 |
| Terapia de reemplazo hormonal | | | |
| Sí | 22 | 19 | 0 |
| No | 78 | 81 | 100 |

(SPM: Sin Patología Mamaria, PBM: Patología Benigna Mamaria, CaMa: Cáncer de Mama)

Asociaciones del perfil psicológico (supresión y represión emocional y sintomatología de estrés) con el perfil clínico en mujeres con y sin patología mamaria.

Con el análisis de componentes principales se destacó que sólo las variables del perfil psicológico fueron significativas en la varianza de la muestra, quedaron agrupadas en dos componentes principales (CP). El CP1 integrado por mujeres con baja sintomatología física de estrés, alta y baja sintomatología psicológica de estrés, baja sintomatología social de estrés y alta y baja sintomatología de estrés; y el CP2 integrado por alta supresión de la depresión, alta supresión, baja supresión. Con respecto a las ANOVAS al comparar los grupos sólo el CP2 presentó una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.014$), diferenciándose de aquellos con patología mamaria (Montes-Nogueira et al, 2018).

Al realizar el análisis de correlación y su visualización en red, se pudo observar como la agrupación de las variables varía de acuerdo al grupo analizado. Así, en el caso de las mujeres sanas todas las variables formaron un solo conjunto y esta agrupación se va perdiendo conforme avanza la patología hasta llegar a dos conjuntos más separados en las mujeres con patología maligna. Un aspecto a destacar es que cada uno de los conjuntos se relacionó con los dos componentes principales encontrados previamente (Montes-Nogueira et al., 2018).

Supresión emocional, ansiedad y sintomatología del estrés en los grupos analizados

En la Tabla 6 se presentan los puntajes de todas las variables analizadas, así como aquellas que presentaron diferencias estadísticamente significativas al comparar los grupos. Las variables estadísticamente significativas fueron la Supresión de la Ira, Ansiedad Rasgo, Activación y Dominancia. Con las pruebas *Post hoc* (Fisher y rangos) se observó que las

diferencias entre estas variables fueron: la Supresión de la Ira al comparar los grupos de CaMa vs Patología Benigna Mamaria; al comparar los grupos de CaMa vs Sin Patología Mamaria fueron Activación, Dominancia y Ansiedad Rasgo; y por último al comparar a los grupos de Patología Benigna vs Sin Patología Mamaria las diferencias que se presentaron fueron en supresión de la ira, activación, dominancia y ansiedad rasgo.

Tabla 6. Análisis de varianza (ANOVAS) y Krustal-Wallis.

| Test | Variable | SPM | PBM | CaMa | valor de P |
|-------|-----------------------------------|---------------|----------------|----------------|------------|
| CECS | Supresión de la Ira | 16.63 (±0.95) | 19.87 (±1.00) | 19.88 (±1.27) | p=0.03* |
| | Supresión de la depresión | 19.5 (±0.95) | 21.28 (± 0.93) | 20.88 (± 1.41) | p=0.40 |
| | Supresión de la ansiedad | 19.7 (±0.77) | 20.53 (±0.90) | 18.83 (± 1.4) | p=0.69 |
| | CECS total | 55.83(±2.26) | 55.68 (±3.05) | 56.5 (±3.65) | p=0.98 |
| ISE | Sintomatología física de estrés | 11.5 (± 0,93) | 9.75 (±1.28) | 11 (±1.36) | p=0.24 |
| | Sintomatología psíquica de estrés | 18.3 (±1.22) | 17.81 (±1.58) | 17.61 (±1.80) | p=0.95 |
| | Sintomatología social de estrés | 10.26 (±1.02) | 8.59 (±1.42) | 8.72 (±1.62) | p=0.34 |
| | Sintomatología global de estrés | 40.06 (±2.62) | 36.15 (±3.45) | 37.33 (±3.83) | p=0.65 |
| IDARE | Ansiedad Estado | 42.46 (±0.85) | 43.56 (±0.99) | 43.55 (±1.46) | p=0.06 |
| | Ansiedad Rasgo | 47.56 (±0.79) | 53.62 (±1.52) | 54.61 (±1.86) | p<0.01* |
| IAPS | Valencia | 4.45 (±0.17) | 4.42 (±0.15) | 4.64 (±0.19) | p=0.53 |
| | Activación | 4.32 (±0.28) | 6.12 (±0.13) | 5.75 (±0.17) | p<0.01* |
| | Dominancia | 6.00 (±0.26) | 8.25 (±0.09) | 8.06 (±0.18) | P <0.01* |

(SPM: sin patología mamaria, PBM: patología benigna mamaria, CaMa: cáncer de mama, CECS: Escala de Control Emocional *Courtauld* de Supresión, ISE: Inventario de Sintomatología de Estrés, IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, IAPS: Sistema Internacional de Imágenes Afectivas)

Regulación emocional en los tres grupos analizados

En la figura 1 se pueden observar las diferencias que existen entre los grupos, así como en las dimensiones anidadas. Mientras que la dimensión valencia es igual en los tres grupos, las dimensiones Activación y Dominancia presentan diferencias estadísticamente significativas ($F_{(6, 552)} = 45.910$, $p < 0.01$), entre el grupo de sanas en contraste de los grupos de Patología Benigna Mamaria y CaMa.

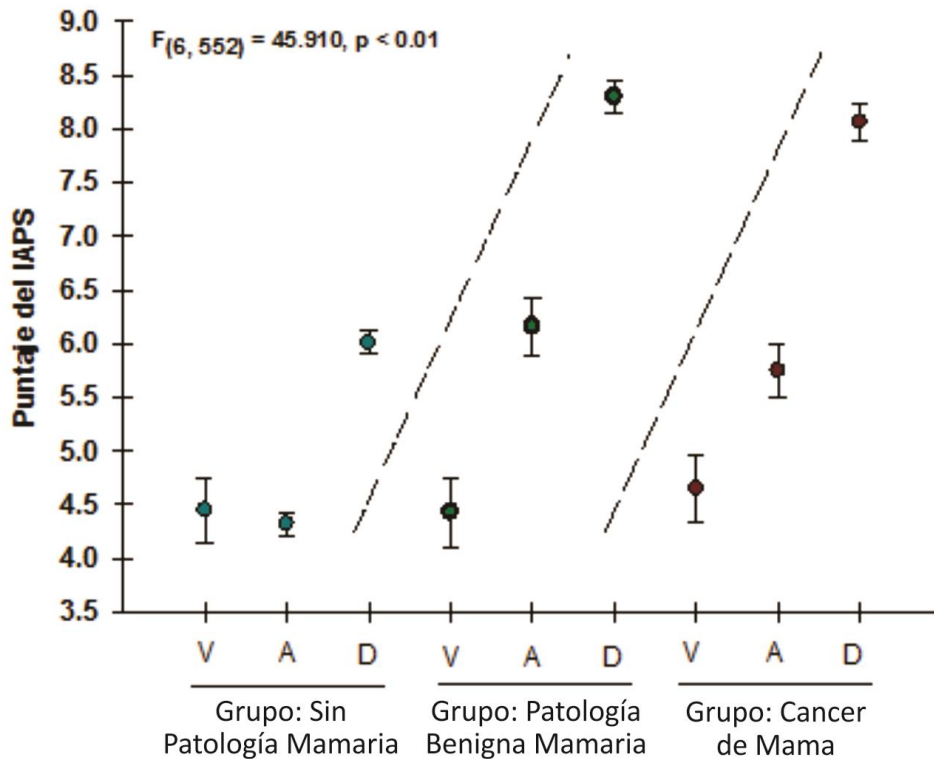


Figura 1. Puntaje promedio \pm E.E de banco de imágenes del IAPS a partir de las dimensiones (V= valencia, A= activación, D= dominancia) agrupados por los tres grupos a estudiar.

En las figuras 2 y 3 se puede observar la dispersión de los puntajes de las imágenes entre la variable Valencia vs Activación y también Valencia vs Dominancia en cada uno de los grupos (Sin Patología Mamaria, Patología Benigna Mamaria y CaMa). En lo que respecta a los grupos de PBM y CaMa existe una tendencia hacia el cuadrante inferior derecho (negativo) en ambas figuras (Valencia contra Activación y Valencia *versus* Dominancia), mientras que en el grupo SPM la dispersión de los puntajes de las imágenes de ambas figuras (2 y 3) se congregan en la parte central de las mismas. Es decir, las imágenes con valencia negativa son más activantes de la respuesta emocional y se dominan más.

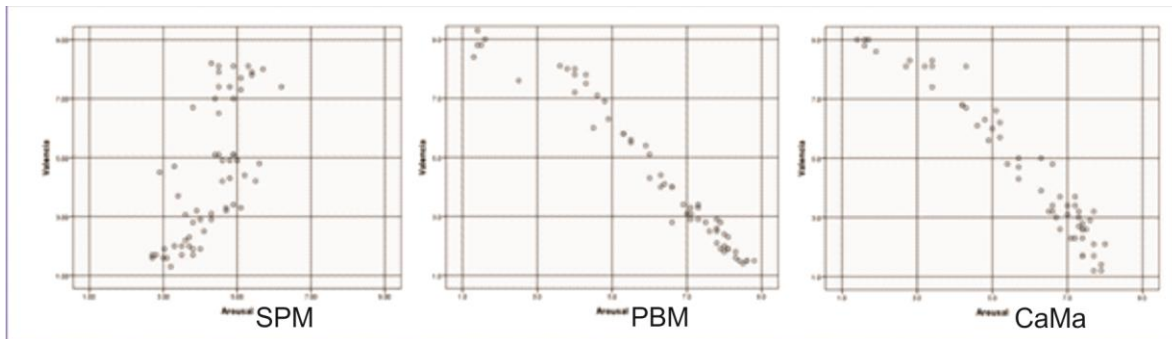


Figura 2. Comparación de la dispersión de las variables Valencia y *Arousal* o activación, en los grupos analizados (SPM: Sin Patología Mamaria, PBM: Patología Benigna Mamaria y CaMa: Cáncer de Mama)

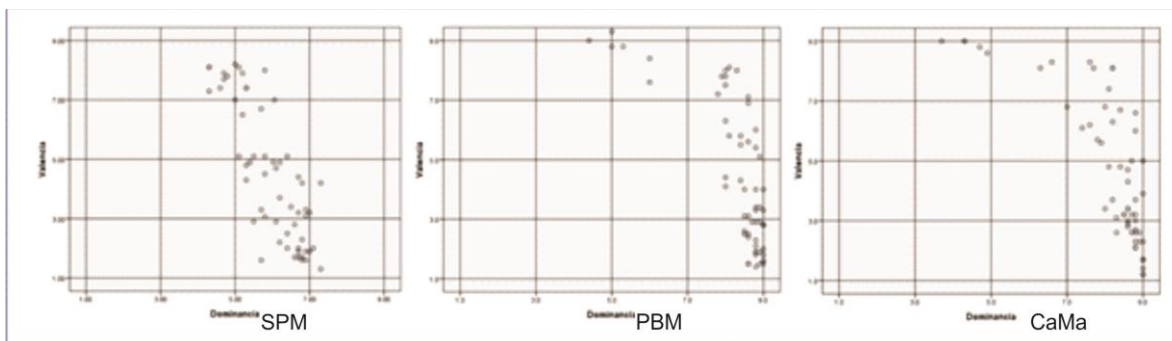


Figura 3. Comparación de la dispersión de las variables Valencia y Dominancia, en los grupos analizados (SPM: Sin Patología Mamaria, PBM: Patología Benigna Mamaria y CaMa: Cáncer de Mama)

Asociación de las variables en los tres grupos analizados

En las matrices de correlación se puede observar que el grupo que mayores correlaciones presenta es el grupo Patología Benigna Mamaria con 22; el grupo Sin Patología Mamaria cuenta con 12 correlaciones, y el grupo Cáncer de Mama presenta 11 correlaciones. En el grupo Sin Patología Mamaria se encuentran agrupadas las correlaciones en tres variables, Supresión (cinco correlaciones); Sintomatología de estrés (cuatro correlaciones) y Respuesta emocional (tres correlaciones), sin mostrar correlaciones en la variable de Ansiedad. En el grupo de Patología Benigna Mamaria presenta asociaciones entre la Supresión (seis correlaciones), en Sintomatología del estrés (siete correlaciones), en

Ansiedad (cinco correlaciones) y en Respuesta emocional (cuatro correlaciones), en este grupo de mujeres correlacionaron todas las variables de la investigación. En el grupo de CaMa hubo asociaciones entre la variable Supresión (cinco correlaciones), Sintomatología del estrés (cinco correlaciones) y en Respuesta emocional (una correlación). Cabe destacar que al igual que en el grupo de SPM, no existieron correlaciones en Ansiedad (Tabla 6, 7 y 8).

Tabla 7. Matriz de correlación en el grupo de mujeres Sin Patología Mamaria

| Grupo Sin patología mamaria | Ira | Dep | Anx | CECS | Física | Psíquica | Social | Global | A estado | A rasgo | Valencia | Activación | Dominancia |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|--------|----------|--------|--------|----------|---------|----------|------------|------------|
| Ira | 1.00 | | | | | | | | | | | | |
| Dep | 0.76 | 1.00 | | | | | | | | | | | |
| Anx | 0.33 | 0.59 | 1.00 | | | | | | | | | | |
| CECS | 0.85 | 0.94 | 0.73 | 1.00 | | | | | | | | | |
| Física | -0.07 | -0.02 | -0.17 | -0.10 | 1.00 | | | | | | | | |
| Psíquica | 0.09 | 0.18 | -0.07 | 0.09 | 0.57 | 1.00 | | | | | | | |
| Social | 0.22 | 0.31 | 0.06 | 0.24 | 0.31 | 0.63 | 1.00 | | | | | | |
| Global | 0.10 | 0.19 | -0.07 | 0.10 | 0.74 | 0.92 | 0.79 | 1.00 | | | | | |
| A estado | -0.30 | -0.16 | -0.07 | -0.22 | -0.07 | -0.05 | 0.12 | 0.00 | 1.00 | | | | |
| A rasgo | -0.03 | -0.13 | -0.10 | -0.10 | -0.11 | 0.24 | 0.16 | 0.13 | 0.06 | 1.00 | | | |
| Valencia | 0.15 | 0.08 | 0.31 | 0.20 | -0.33 | -0.32 | -0.26 | -0.37 | 0.01 | 0.16 | 1.00 | | |
| Activación | -0.16 | -0.06 | 0.30 | 0.01 | 0.00 | -0.20 | -0.09 | -0.13 | -0.03 | -0.05 | 0.27 | 1.00 | |
| Dominancia | -0.16 | 0.00 | -0.12 | -0.11 | 0.01 | 0.30 | 0.47 | 0.33 | -0.01 | 0.05 | -0.37 | 0.00 | 1.00 |

(Dep: depresión, Anx: ansiedad, CECS: total de las tres subescalas, A estado: ansiedad estado, A rasgo: ansiedad rasgo). Nota: las puntuaciones marcadas en rojo son estadísticamente significativas

Tabla 8. Matriz de correlación grupo de mujeres con patología benigna mamaria

| Grupo Patología Benigna Mamaria | Ira | Dep | Anx | CECS | Física | Psíquica | Social | Global | A estado | A rasgo | Valencia | Activación | Dominancia |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------|----------|--------|--------|----------|---------|----------|------------|------------|
| Ira | 1.00 | | | | | | | | | | | | |
| Dep | 0.70 | 1.00 | | | | | | | | | | | |
| Anx | 0.72 | 0.69 | 1.00 | | | | | | | | | | |
| CECS | 0.39 | 0.44 | 0.39 | 1.00 | | | | | | | | | |
| Física | -0.17 | -0.09 | -0.09 | 0.13 | 1.00 | | | | | | | | |
| Psíquica | 0.04 | 0.15 | 0.27 | 0.30 | 0.36 | 1.00 | | | | | | | |
| Social | 0.06 | 0.38 | 0.30 | 0.34 | 0.47 | 0.56 | 1.00 | | | | | | |
| Global | -0.02 | 0.19 | 0.21 | 0.32 | 0.73 | 0.82 | 0.84 | 1.00 | | | | | |
| A estado | 0.02 | 0.05 | 0.10 | 0.11 | -0.08 | 0.01 | 0.09 | 0.01 | 1.00 | | | | |
| A rasgo | 0.06 | 0.35 | 0.11 | 0.37 | 0.34 | 0.54 | 0.42 | 0.55 | 0.18 | 1.00 | | | |
| Valencia | 0.03 | 0.01 | 0.07 | -0.11 | -0.16 | -0.32 | 0.04 | -0.19 | 0.27 | -0.45 | 1.00 | | |
| Activación | 0.00 | -0.05 | 0.03 | 0.12 | 0.21 | 0.39 | -0.03 | 0.25 | -0.10 | 0.48 | -0.78 | 1.00 | |
| Dominancia | 0.07 | 0.14 | 0.31 | -0.02 | 0.05 | 0.14 | 0.19 | 0.16 | -0.28 | -0.03 | -0.15 | -0.04 | 1.00 |

(Dep: depresión, Anx: ansiedad, CECS: total de las tres subescalas, A estado: ansiedad estado, A rasgo: ansiedad rasgo). Nota: las puntuaciones marcadas en rojo son estadísticamente significativas

Tabla 9. Matriz de correlación en el grupo de mujeres con cáncer de mama

| Grupo Cáncer de Mama | Ira | Dep | Anx | CECS | Física | Psíquica | Social | Global | A estado | A rasgo | Valencia | Activación | Dominancia |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------|-------------|-------------|-------------|--------|----------|---------|--------------|------------|------------|
| Ira | 1.00 | | | | | | | | | | | | |
| Dep | 0.58 | 1.00 | | | | | | | | | | | |
| Anx | 0.53 | 0.66 | 1.00 | | | | | | | | | | |
| CECS | 0.47 | 0.60 | 0.53 | 1.00 | | | | | | | | | |
| Física | -0.03 | 0.17 | 0.27 | 0.09 | 1.00 | | | | | | | | |
| Psíquica | 0.12 | 0.28 | 0.49 | 0.06 | 0.62 | 1.00 | | | | | | | |
| Social | 0.17 | 0.42 | 0.27 | 0.41 | 0.45 | 0.33 | 1.00 | | | | | | |
| Global | 0.12 | 0.37 | 0.44 | 0.24 | 0.84 | 0.83 | 0.74 | 1.00 | | | | | |
| A estado | 0.17 | 0.03 | 0.33 | 0.02 | 0.03 | 0.19 | 0.43 | 0.29 | 1.00 | | | | |
| A rasgo | 0.11 | -0.09 | 0.14 | 0.16 | 0.09 | 0.20 | 0.38 | 0.29 | 0.04 | 1.00 | | | |
| Valencia | -0.10 | -0.01 | -0.15 | 0.05 | 0.07 | -0.20 | -0.07 | -0.10 | -0.43 | 0.06 | 1.00 | | |
| Activación | 0.00 | 0.02 | 0.11 | -0.10 | -0.11 | 0.20 | 0.08 | 0.09 | 0.43 | -0.01 | -0.92 | 1.00 | |
| Dominancia | -0.02 | -0.25 | -0.21 | -0.13 | -0.27 | -0.08 | -0.05 | -0.16 | 0.04 | 0.31 | 0.28 | -0.01 | 1.00 |

(Dep: depresión, Anx: ansiedad, CECS: total de las tres subescalas, A estado: ansiedad estado, A rasgo: ansiedad rasgo). Nota: las puntuaciones marcadas en rojo son estadísticamente significativas

Discusión

El CaMa es la neoplasia maligna más común en las mujeres, con 1.38 millones de nuevos casos al año a nivel mundial (Ferlay et al., 2010), en México es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres desde el 2006 (INEGI, 2013; Knaul et al, 2009a). En estadísticas del 2015 (INEGI) esta enfermedad se mantenía como la principal causa de muerte por cáncer en mujeres, representa 14.8% de las muertes por cáncer en el país.

Si bien el CaMa es referido como de origen multicausal, donde se incluye la herencia familiar, el trauma físico, los hábitos alimenticios, el descuido corporal, la represión de sentimientos y el estrés según Carvalho et al. (2005), o biológicos, iatrogénicos o ambientales, de historia reproductiva, y de estilos de vida. Según la Norma Oficial Mexicana (NOM-041-SSA2-2011); el peso que tiene cada uno de los factores es aún desconocido. Por ejemplo, en lo que respecta a los factores asociados a mutaciones en ciertos genes (BRCA1, BRCA2, TP53, PTEN, STK11 y CDH1), solo representan entre un 5 a 10% de los casos de CaMa (*American Cancer Society*, 2015); en cuanto a tener familiares directos que hayan padecido la enfermedad, representa del 7 al 20% de probabilidad. Además, particularmente en el caso de México en 70% de las mujeres con CaMa, no se ha logrado identificar un factor de riesgo conocido (NOM-041-SSA2-2011).

Es bien sabido que conocer las causas del CaMa abona en la prevención y su tratamiento, y por tanto en la morbilidad y mortalidad, sin embargo, los factores de índole psicosocial son poco estudiados y rara vez se incorporan en las políticas de salud, aun cuando existen reportes de que estos tienen repercusiones sobre los otros factores de riesgo (Cerezo et al., 2009; Cox & Mac-Kay, 1982; Gross, 1989; Rodríguez et al., 2000). Por

consiguiente, estudiar estos factores psicosociales y su asociación con otros factores de riesgo en la población mexicana es imperativo.

Diversos autores consideran dentro de los factores psicosociales, los rasgos de personalidad, que incluyen el mal manejo del estrés o la falta de respuesta emocional (Cerezo et al., 2009; Rodríguez et al., 2000), ya sea a través de la supresión de emociones (retención deliberada de la expresión de emociones negativas) (Giese-Davis et al., 2006) o la represión de las mismas (la persona no se permite recordar o ser cognitivamente consciente de sentimientos, pensamientos o experiencias perturbadoras) (Sierra et al., 2003). Siendo la supresión la variable psicológica que más afecta a las personas con cáncer, dada su asociación con otras variables psicológicas como el estrés y la angustia (Córdova et al., 2003; Iwamitsu et al., 2005a; 2005b) siendo lo opuesto a lo que necesita la persona lo cual sería, hacer frente a la enfermedad. Ya que las personas con cáncer presentan un comportamiento emocional (suprimen emociones como la ansiedad y la ira) diferente de las personas sanas, siendo su mecanismo de afrontamiento la represión (Vinaccia et al., 2006). Posiblemente en vez de enfocarse a los aspectos negativos, la persona podría enfocarse en los aspectos positivos, ya que estos promueven la salud mental, por ejemplo, el optimismo presenta una relación inversa con la ira, la depresión, la ansiedad y el estrés, una persona con una percepción optimistas de su enfermedad, tendería a tener una vida más larga y una mejor calidad de vida (Pavez, Mena, & Vera-Villaruel, 2012).

Al respecto, el resultado de un estudio previo en una muestra mexicana (Romogonzález et al., 2018a), arrojó que, al comparar grupos de mujeres sanas, con patología benigna y patología maligna de mama, en la Ciudad de México, las mujeres con CaMa tenían un perfil psicosocial caracterizado por una supresión y represión emocional similar a lo encontrado en otros países, no obstante, en esta muestra de acuerdo al test WAI las

mujeres mexicanas suprimieron más la ansiedad que la ira. Además, las mujeres con CaMa mostraron una menor sintomatología de estrés, lo cual no solo coincide con lo reportado por Cohen (2013), sino que podría significar que las mujeres con CaMa también suprimen su percepción del estrés.

Con estos resultados, esta investigación en su primera fase, buscó analizar en una muestra de la ciudad de México, las asociaciones entre las variables del perfil psicosocial y el peso que tienen estos factores psicosociales con los otros factores de riesgo para el CaMa; y en una segunda fase, con una muestra de mujeres en el estado de Veracruz, se indagó en qué medida la supresión emocional y el estrés en las mujeres con CaMa están ligados a cambios en la respuesta emocional y si la mayor supresión de la ansiedad encontrada previamente se relacionaba con altos niveles de ansiedad rasgo-estado.

En torno al primer estudio se encontró que al correr el análisis de componentes principales con los factores psicosociales y los demás factores de riesgo conocidos para CaMa, solo los factores psicológicos fueron significativos (Montes-Nogueira et al., 2018). De acuerdo a Oblitas y Becoña (2000) se debe considerar en cualquier enfermedad la dualidad mente-cuerpo, ya que todo trastorno físico implica alteraciones psicológicas y viceversa. En el caso del CaMa la asociación de los rasgos de personalidad y el afrontamiento del estrés repercute mediante vías fisiológicas conocidas, que en última instancia deprimen al sistema inmunológico y por tanto la inmunovigilancia de los procesos tumorales (Montes-Nogueira, Gutiérrez-Ospina, & Romo-González, 2017).

Además, estos factores psicológicos se agruparon en dos componentes principales: el CP1, integrado por baja sintomatología física de estrés, alta y baja sintomatología psicológica de estrés, baja sintomatología social de estrés y alta y baja sintomatología de estrés; y el CP2, integrado por alta supresión de la depresión, alta supresión y baja

supresión. Al comparar estos componentes principales entre los grupos (patología maligna, benigna y sin patología mamaria) solo el CP2 (con supresión emocional) fue estadísticamente significativo, siendo mayor en el grupo con CaMa. Esto coincide con la teoría, en la que la supresión emocional es un factor determinante en el desarrollo de este tipo de neoplasia (Cerezo et al., 2009; Iwamitsu et al., 2003; Llantá et al., 2005).

Finalmente, al visualizar y analizar estas variables psicosociales mediante la teoría de redes en cada uno de los grupos (SPM, PBM y CaMa), que supone la forma en que los miembros del grupo interactúan entre sí y la afectación de algunas características importantes del grupo (Valente et al., 2015), fue posible observar grandes diferencias en su distribución y arreglo. Así, en el grupo de mujeres sanas las variables estudiadas conformaron un solo conjunto (*cluster*), mientras que en los otros dos grupos (PBM y CaMa) se formaron dos conjuntos, que fueron mucho más distantes en el grupo de CaMa, lo que pareciera indicar que la enfermedad modifica las asociaciones entre las variables psicosociales, lo cual hay que corroborar con más estudios. Además, es de notar que los dos conjuntos encontrados en el grupo de patología mamaria se corresponden con los dos componentes principales (CP1 variables de estrés y CP2 variables de supresión). Pareciera que la disociación del estrés con la emoción influye en la patología. Esto podría encontrar una explicación ya que el estrés se genera desde el momento en que se suprimen las emociones, y las mujeres que suprimen no llegan a percibir la sintomatología del estrés y por consecuencia no lo afrontan adecuadamente, lo cual lleva a que lo padezcan por largo tiempo “sin notarlo” (crónico) y este va a llegar a inhibir el sistema inmunológico y la inmunovigilancia de células tumorales (Arbizu, 2000; Barroilhet et al., 2005; Carvalho et al., 2005; Sapolsky, 2013). Además, la supresión evita que las mujeres piensen en los problemas que tienen, y expresen las emociones negativas (enojo, tristeza, etc.), lo que

puede conllevar un retraso en la asistencia o tratamiento médico, que genera mayores posibilidades de desarrollar CaMa (García & Costa, 2014; Vinnacia, 2003).

Estos primeros resultados se fortalecen con lo observado en la segunda muestra (Xalapa y Puerto de Veracruz) en la cual se midió: respuesta emocional, ansiedad, sintomatología de estrés y supresión emocional; ya que como se esperaba se encontraron al comparar los tres grupos (SPM, PBM y CaMa; y en especial CaMa vs SPM) diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad rasgo, la activación y la dominancia, aunados a los ya reportados en supresión.

En los resultados de las ANOVAS y *Kruskal-Wallis* se pudo observar que se presentaron varias diferencias en las medias de los grupos, cuando se comparó SPM vs PBM, se presentaron diferencias entre tres variables, supresión (en específico de la ira), la respuesta emocional (activación y dominancia) y la ansiedad (rasgo). En los grupos SPM vs CaMa, las diferencias se presentaron en dos variables, la respuesta emocional (activación y dominancia) y la ansiedad (rasgo) y al comparar PBM vs CaMa solo existió diferencia en una variable, la supresión (ira). Lo que permitió observar una mayor semejanza de las variables en los grupos de PBM vs CaMa, que cuando se compararon estos dos grupos con el grupo SPM, en ambos casos existieron diferencias en la respuesta emocional y en la ansiedad.

En lo que respecta a las correlaciones también existieron diferencias entre los grupos. La ansiedad no tuvo correlaciones en dos grupos (SPM y CaMa), el único grupo donde existieron correlaciones en las cuatro variables (supresión, sintomatología del estrés, ansiedad y respuesta emocional) fue el grupo de Patología Benigna Mamaria.

En el grupo Sin Patología Mamaria correlacionaron la sintomatología del estrés (social con dominancia y global con valencia), con lo cual se presentó una correlación entre

sintomatología del estrés y respuesta emocional, un punto importante a resaltar es la correlación entre sintomatología social del estrés y la dominancia, ya que como se ha comentado previamente la dimensión dominancia tiene un componente fundamental social, y al correlacionar estas dos variables se puede considerar que las mujeres que dominan las emociones negativas, presentaran sintomatología social de estrés, por lo que es mejor que experimentaran sus emociones y afrontarlas. En el grupo Patología Benigna Mamaria, correlacionaron las cuatro variables, la supresión (depresión con sintomatología social del estrés y con ansiedad rasgo; supresión global con ansiedad rasgo; sintomatología del estrés (psíquica con ansiedad rasgo y activación, social y global con ansiedad rasgo) y ansiedad (rasgo con activación). Una de las correlaciones que podría mover a estas mujeres a la búsqueda de la atención médica puede ser, la correlación de la activación con la sintomatología psíquica de estrés y la ansiedad rasgo, ya que al sentirse estresada psíquicamente o ansiosa, se activa para buscar ayuda ante la situación que está viviendo. En el grupo CaMa correlacionó ansiedad con sintomatología psíquica del estrés, la cual es la única variable que correlaciona con otra variable diferente. Una correlación importante que se presentó es la de la respuesta emocional, la cual correlaciona negativamente en sus dimensiones de valencia contra activación, con lo cual se puede considerar que a mayor valencia (hay que recordar que la valencia presenta dos polos gusto y disgusto) menor activación, lo que representa que aún ante emociones fuertes las mujeres no van a reaccionar o no lo van a percibir.

Esto pareciera indicar que en efecto las personas con Cáncer de Mama modifican su respuesta emocional como rasgo de personalidad (Solano et al., 2002) y tienen altos niveles de ansiedad aun cuando no lo perciban. Esto último coincide con una revisión realizada por

Hernández y Cruzado (2013) en la cual, los trastornos del estado de ánimo se presentan entre 2.25-6% en población sana y hasta 38-50% en la población con cáncer.

Cabe destacar que en el análisis anidado (Fig. 1) la sub-dimensión valencia se mantuvo sin cambios significativos en los tres grupos y que solo la activación y la dominancia cambiaron. Esto plantea que la modificación en la respuesta emocional pudiera ser el resultado de las influencias psico-sociales ya que ambos componentes se asocian al aprendizaje social de la persona durante su vida (Gantiva et al., 2011) y no tanto al componente más biológico asociado al carácter bipolar (agradable-desagradable) de la emoción (Gantiva et al., 2011; Gantiva & Camacho, 2016). Por lo que, la terapia psicológica podría ser una herramienta central en la prevención de este tipo de patologías. No obstante, si bien la valencia no varía entre los grupos, al comparar las correlaciones entre la activación y la dominancia versus la valencia de las imágenes, resulta interesante que las imágenes en el polo negativo son más activantes y se dominan más, en otras palabras, las suprimen más, las mujeres con patología mamaria (Fig. 2 y Fig. 3). Esto último pudiera relacionarse con lo previamente reportado con la personalidad tipo C la cual se relaciona con la supresión de emociones negativas (Cerezo et al., 2009; Iwamitsu et al., 2003; Llantá et al., 2005).

Fortalezas, limitaciones y sugerencias para estudios posteriores

Dentro de las ventajas de este estudio, la principal se encuentra en su carácter multifactorial, ya que al analizar componentes genéticos, de estilo de vida, reproductivos y hormonales que se consideran de riesgo para el cáncer de mama, a la par de los factores psicológicos (como la respuesta emocional, ansiedad, supresión emocional, represión y

sintomatología de estrés), permite tener una visión más completa del objeto de estudio. Además, esta perspectiva multifactorial hizo evidente la estrecha interrelación que se presenta entre el cuerpo y la mente en el CaMa, lo que muestra la importancia de considerar estas dos esferas en conjunto al estudiar los procesos salud-enfermedad.

Otro aspecto relevante es la innovación con esta investigación en la utilización del IAPS (*International Affective Picture System*), que es un instrumento psicofisiológico que no se había utilizado con este tipo de población, y permitió confirmar como la supresión en la respuesta emocional afecta la activación y dominancia.

Si bien los resultados son importantes ya que permiten entender el fenómeno con más detalle y comprobar la importancia de los factores psicológicos en el CaMa, es necesario en próximos trabajos realizar estudios longitudinales y con una muestra más amplia, para poder obtener resultados que se puedan generalizar a la población estudiada.

Conclusiones

La principal conclusión de esta investigación es el darles su justo valor a los factores psicosociales, ya que la Norma mexicana de cáncer de mama (NOM-041-SSA2-2011), solo menciona los estilos de vida, y con lo revisado en esta investigación se muestra la importancia que tienen los factores psicosociales en esta enfermedad, por lo que es necesario el trabajo multidisciplinario en el cual el psicólogo juega un papel determinante a la par de los otros especialistas que intervienen en el estudio y tratamiento de esta enfermedad.

La revisión de la literatura sobre los factores psicológicos permitió proponer un modelo psico-fisiológico del CaMa que va desde la percepción del evento, hasta la liberación de neurotransmisores y hormonas ligadas al mismo.

Se confirma la necesidad de continuar el estudio correlacional del CaMa y la supresión de emociones negativas. El cual presentó un auge en los años setentas, pero después fue relegado por la falta de un diseño adecuado en la investigación en la cual se puede incluir: uso de instrumentos no estandarizados, análisis inadecuado de los datos, etc., pero se ha podido observar en el desarrollo de áreas como la psiconeuroinmunoendocrinología, la importancia de las emociones en la salud de las personas, y con los datos obtenidos en esta investigación se puede confirmar la necesidad de hacer un énfasis en el manejo de las emociones en las pacientes con CaMa.

Se corroboró la existencia de la relación entre la supresión emocional y el estrés, la cual se presentó con la supresión de la sintomatología del estrés en las mujeres con patología benigna y maligna; las mujeres no se percibieron estresadas (debido a la supresión), pero presentaron la sintomatología del estrés.

La supresión emocional modificó los componentes psicosociales (activación y dominancia) de la respuesta emocional.

Con todo lo anterior se valora la importancia de los factores psicológicos en la génesis y desarrollo del CaMa, por lo que es deseable que en la práctica médica se tomen en cuenta en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como ya lo ha puesto de manifiesto la psicología de la salud y en específico de la psicooncología.

Referencias

- American Cancer Society (2015). Recommendations for the Early Detection of Breast Cancer. Recuperado el 5 de junio de 2015 de: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html>
- Anarte, M., López, A., Ramírez, C. y López, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de psicología*, 16(2), pp. 133-141.
- Anarte, M.T., Esteve, R., Ramírez, C., López, A.E. y Amorós, F.J. (2001). Adaptación al castellano de la escala Courtauld de control emocional en pacientes con cáncer. *Psicothema*. 13(4), pp.636-642.
- Andersen, B.L., Farrar, W.B., Golden-Kreutz, D., Kutz, L.A., MacCallum, R., Courtney, M.E. & Glaser, R: (1998). Stress and immune responses after surgical treatment for regional breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 90(1), pp. 30-6.
- Angarita, J. (2009). El nivel filosófico en psicología. *Psychologia Avances de la disciplina*. 3(1), pp. 81-107.
- Arbizu, J.P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales Sis San Navarra*; 24 (supl. 1). pp. 173-178.
- Azuara, E., Álvarez, E., & Gariglio, P. (2010). Salud de las mujeres: Cáncer, biología molecular genómica y proteómica. *Instituto de Ciencia y Tecnología del D.F. y Universidad Autónoma de la Ciudad de México*.
- Barroilhet, S., Forjaz, M.J., & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr.* 33(6), pp. 390-397.
- Beltrán, A. (2013). *Cáncer de mama*. México: Trillas.

- Benevides, P., Moreno, J.B., Garrosa, H.E., & González, G. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: el Inventario de Burnout en Psicólogos. *Clínica y Salud*, 13, pp. 257-283.
- Bonet, J.L. (2013). PINE. *Psiconeuroinmunoendocrinología*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Bon-Martens, M., Denollet, J., Kiemeney, L. et al. (2012). Health inequalities in the Netherlands: a crosssectional study of the role of type D (distressed) personality. *BMC Public Health*, 12, p.46.
- Boletín Epidemiológico. (2013). Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. 26 (30). Semana 26 del 23 al 29 de junio.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*. 2(1), pp. 71-80.
- Cano-Vindel, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria. Una actualización. *Ansiedad y estrés*. 17(2-3), pp. 157-184.
- Carvalho, A., Mesquita, E., De Almeida, I., & De Figueiredo, Z. (2005). Aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama. *Avances en enfermería*. XXIII(2).
- Castillo-Parra, G., Iglesias, A., & Ostrosky-Solis, F. (2002). Valencia, Activación y Tiempos de Reacción ante Estímulos Visuales con Contenido Emocional: Un Estudio en Población Mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*. 19(2), pp. 167-176.
- Cerezo, M.V., Ortiz-Tallo, M., & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), pp. 131-140.

- Chávarri-Guerra, Y., Villarreal-Garza, C., Liedke, P.E., Knaul, F., Mohar, A., Finkelstein, D.M., & Goss, P.E. (2012). Breast cancer in Mexico: a growing challenge to health and the health system. *Lancet Oncol*; 13, pp. e335-43.
- Chicharro, J., Pérez-García, A.M., & Sanjuán, P. (2012). Respuesta emocional en adictos a sustancias en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*. 24(1), pp. 59-68.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15, pp. 434–437.
- Cohen, M. (2013). The Association of Cancer Patient's Emotional Suppression and Their Self-Rating of Psychological Distress on Short Screening Tools. *Behavioral Medicine*. 39, pp. 29-35.
- Córdova, M.I, Giese-Davis, J., Golant, M., Kronnenwetter, C., Chang, V., McFarlin, S., & Spiegel, D. (2003). Mood disturbance in community cancer support groups. The role of emotional suppression and fighting spirit. *J Psychosom Res*; 55, pp.461-7.
- Coronado, G., Beasley, J., & Livaudais, J. (2011). Alcohol consumption and the risk of breast cancer. *Salud Pública Mex*. 53, pp. 440-447.
- Cox, T. & Mac-kay, C. (1982). Psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the etiology and development of cancers. *Social and Science Medice*, 16, pp.391-396.
- Cruz-Fierro, N., Vanegas-Farfano, M., González-Ramírez, M., & Landero-Hernández, R. (2016). Síntomas de ansiedad, el manejo inadecuado de las emociones negativas y su asociación con bruxismo autoinformado. *Ansiedad y Estrés*. 22, pp. 62-67.
- Cruzado, J.A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. España: Síntesis.

- Denollet, J. & Conraads, V.M. (2011). Type D personality and vulnerability to adverse outcomes in heart disease. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 78(1).
- Derogatis, L.R., Abeloff, M.D., & Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA*, 242, pp. 1504–1508.
- Díaz, C. (2015). *Los mínimos filosóficos que deben estudiar los psicólogos y maestros serios*. Guatemala: Sinergia.
- Díaz-Guerrero, R. & Spielberger, C.D. (1975). *IDARE: Inventario de ansiedad: rasgos-estado*. México: El Manual Moderno.
- Dirección General de Información en Salud (DGIS)(2013). Base de datos de defunciones 1979-2010. (En línea): *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. (México): Secretaría de Salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx>
- Dufey, M., Fernández, A.M., & Mayol, R. (2011). Adding support to cross-cultural emotional assessment: Validation of the International Affective Picture System in a Chilean sample. *Universitas Psychologica*. 10(2), pp. 521-522.
- Durá, E., Andreu, Y., Galdón, M.J., Ibáñez, E., Pérez, S., & Ferrando, M., et al. (2010). Emotional Suppression and Breast Cancer: Validation Research on the Spanish Adaptation of the Courtauld Emotional Control Scale (CECS). *The Spanish Journal of Psychology*; 13(1), pp. 406-417.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*. 32(1), pp. 65-74.
- Eysenck, H.J. (1994). Cancer, Personality and Stress: prediction and Prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*. 16, pp. 167-209.

- Ferlay, J., Shin, H-R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D.M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN. 2008. *Int. J. Cancer*. 127, pp. 2893-2917.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Dyba, T., Randi, G., Bettio, M., Gavin, A., Visser, O. & Bray, F. (2018). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European Journal of Cancer* xx. pp. 1-32.
- Fernández-Ballesteros, R. & Ruiz, M.A. (1997). Personalidad y cáncer: Hans J. Eysenck, un rebelde con causa. *Rev. De Psicol. Gral y Aplic.* 50(4), pp. 447-464.
- Flórez, L. (2007). *Psicología Social de la Salud: Promoción y prevención*. Colombia: Manual Moderno.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged Community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, pp. 219-239.
- Franco-Marina, F., Lazcano-Ponce, E., & López-Carrillo, L. (2009). Breast cancer mortality in Mexico. An age-period-cohort analysis. *Salud Publica Mex.* 51(2), pp. S157-S164.
- Gallo, L., Jiménez, J., Shivpuri, S., Espinosa de los Monteros, K., & Mills, P. (2011). Domains of chronic stress, lifestyle factors, and allostatic load in middle-age Mexican-American women. *Ann. Behav. Med.* 41, pp. 21-31 DOI: 10.1007/s12160-010-9233-1.
- Galvis-López, M. & Pérez-Giraldo, B. (2011). Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *AQUICHAN*. 11(3), pp. 256-273.

- Gantiva, C.A., Guerra, P., & Vila, J. (2011). Validación Colombiana del Sistema Internacional de Imágenes Afectivas: evidencias del origen transcultural de la emoción. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(2), pp. 103-111.
- Gantiva, C., Ballén, Y., Casas, M., & Camacho, K. (2016). Respuestas psicofisiológicas ante estímulos asociados al tabaco: diferencias entre fumadores y no fumadores. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), pp. 557-564.
- Gantiva, C. & Camacho, K. (2016). Características de la respuesta emocional generada por las palabras: un estudio experimental desde la emoción y la motivación. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(2), pp. 55-62.
- García, C. & Costa, G. (2014). A propósito de un caso: supresión emocional en estado avanzado de la enfermedad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 34(124), pp. 775-783. Doi: 10.4321/S0211-57352014000400009.
- Giese-Davis, J. & Spiegel, D. (2001). Suppression, repressive-defensiveness, restraint, and distress in metastatic breast cancer: Separable or inseparable constructs?. *J Personality*, 69, pp. 417-449.
- Giese-Davis, J., Wilhelm, F.H., Conrad, A., Abercrombie, H.C., Sephton, S., Yutsis, M., Neri, E., Taylor, C.B., Kraemer, H.C., & Spiegel, D. (2006). Depression and stress reactivity in metastatic breast cancer. *Psychosom Med.* 68(5), pp. 675-83.
- González, M. & Carreño, M. (2017). Psiquiatría de enlace y medicina de enlace, nuevos alcances. *Rev. Med. Clin. CONDES*. 28(6), pp. 944-948.
- Greer, S. & Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *J Psychosom Res.* 19, pp. 147-153.
- Greer, S. & Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: psychological considerations. *Social and Sciences Medicine*, 20, pp. 773-777.

- Gross, J. (1998). Antecedent and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 74, pp. 224-237.
- Gross, J. (1989). Emotional expression in cancer onset and progression. *Social Science and Medicine*, 28, pp.1239–1248.
- Hernández, M. & Cruzado, J.A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*. 23, pp. 1-9.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, E., & Grau, J., (2005). *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Herrera-Gómez, A. & Granados-García, M. (2013). *Manual de Oncología. Procedimientos médico quirúrgicos*. México: Mc GrawHill.
- Holland, J., & Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer: vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. España: Editorial Herder
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013). Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016). Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/mama2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017a). Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017b). Recuperado de http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_Nal.pdf

International Agency for Research on Cancer. Recuperado de

<http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp>

Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Kodama, M. & Okawa, M. (2003).

Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 57(3), pp. 289-294.

Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005a). The relation between negative emotional suppression and emotional distress in breast cancer diagnosis and treatment. *Health Commun*, 18, pp. 201-15.

Iwamitsu, Y., Shimoda, k., Abe, H., Tani, T., Okawa, M. & Buck, R. (2005b). Anxiety, Emotional Suppression, and Psychological Distress Before and After Breast Cancer Diagnosis. *Psychosomatics*, 46, pp. 19-24.

Jensen, M.R. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *J Personality* 55, pp. 317-342.

Julius, M., Harburg, E., Cottingham, E.M., & Johnson, E.H. (1986). Anger-coping types, blood pressure, and all-cause mortality: A follow-up in Tecumseh, Michigan (1971–1983). *American Journal of Epidemiology*, 124, pp. 220–233.

Keller, P.J., Arendt, L.M., Skibinski, A., Logvinenko, T., Klebba, I., Dong, S. et al. (2012). Defining the celular precursors to human breast cancer. *PNAS*. 109(8) February 21, pp. 2772-2777.

Knaul, F.M., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A., & Frenk, J. (2009a). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Publica Mex*. 51(2), pp. S335-S344.

- Knaul, F.M., Arreola-Ornelas, H., Velázquez, E., Dorantes, J., Méndez, O., & Ávila-Burgos, L. (2009b). El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica Mex.* 51(2), pp. S286-S295.
- Kring, A.M. y Sloan, D. (2010). *Emotion regulation and psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Lală, A., Bobîrnac, G. y Tipa, R. (2010). Stress levels, alexithymia, type A and type C personality patterns in undergraduate students. *Journal of medicine and life.* 3(2), pp. 200-205.
- Lang, P. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist.* 50, pp. 372-385.
- Lang, P. (2010). Emotion and motivation: Toward consensus definitions and a common research purpose. *Emotion Review.* 2(3), pp. 229-233.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: Mc Graw Hill.
- Llantá, M. C., Grau, J., & Massip, C. (2005). La psicología de la salud y la lucha contra el cáncer. pp. 1-34.
- López, L. (2014). Contribución de la filosofía para la constitución de la psicología como ciencia. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación.* 16, pp. 171-188.

- Luengo, A., Brotons, O., Lorente, E., Herrero, N., Agular, E., Escartí, M.J., González, J.C., Leal, C., & Sanjuán, J. (2009). Respuesta emocional ante estímulos amenazantes en psicosis y trastornos de ansiedad. *Psicothema*, 21(1), pp. 51-55.
- Márquez-González, M., Fernández, M., Montorio, I., & Losada, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), pp. 616-622.
- Maté, J., Hollenstein, M.F., & Gil, F.L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*. 1(2-3), pp. 211-230.
- McEwen, B.S. (2006). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, pp. 33-44.
- McKenna, M.C., Zevon, M.A., Corn, B., & Rounds, J. (1999). Psychological factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*. 18, pp. 520-531.
- Mohar, A., Bargalló, E., Ramírez, M., Lara, F., & Beltrán-Ortega, A. (2009). Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. *Salud Publica Mex.* 51(2), pp. S263-S269
- Molina, C., Hernández, O., & Sarquis, Z. (2009). Patrón de personalidad tipo C y su relación con el cáncer de mama y cérvico-uterino. *Rev. Electrónica de Psicología Iztacala*. 12(4), pp. 171-187. Recuperado de:
<http://www.journals.unam.mx/index.php/rep/article/view/15498>
- Moltó, J., Montañés, S., Poy, R., Segarra, P., Pasto, M.C., Tormo, M.P., Ramírez, I., Hernández, M.A., Sánchez, M., Fernández, M.C., & Vila, J. (1999). Un nuevo método para el estudio experimental de las emociones el “International affective

- picture system” (IAPS). Adaptación española. *Rev. De Psicol. Gral y Aplic.* 52(1), pp. 55-87
- Mommerstegg, P., Denollet, J., Kavelaars, A., Geuze, E., Vermetten, E., & Heijnen, C.J. (2011). Type D personality, temperament, and mental health in military personnel awaiting deployment. *Int. J. Behav. Med.* 18, pp. 131-138.
- Montes-Nogueira, I., Campos-Uscanga, Y., Gutiérrez-Ospina, G., Hernández-Pozo, M.R., Larralde, C., & Romo-González, T. (2018). Psychological features and breast cancer in mexican women II: the psychological network. *Advances in Neuroimmune Biology*.
- Montes-Nogueira, I., Gutiérrez-Ospina, G. & Romo-González, T. (2016/2017). Towards a Psychoneuroimmunendocrine Hypothesis of Breast Cancer. *Advances in Neuroimmune Biology*. DOI 10.3233/NIB-170122.
- Moreno-Jiménez, B., Meda-Lara, R.M., Morante-Benadero, M.E., Rodríguez-Muñoz, A., & Palomera-Chávez, A. (2006). Validez factorial del inventario de burnout de psicólogos en una muestra de psicólogos mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 38(3), pp. 445-456.
- Morris, T. & Greer, S. (1980). A “Type C” for cancer?. Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer detection and Prevention*, 3(1) Abstract no 102.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K.W., & Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, pp. 111-117.

- Morris, T., Pettingale, K., & Haybittle, J. (1992). Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho-oncology*, 1, pp. 105-114.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Educación.
- Neilson, H., Conroy, S., & Friedenreich, C. (2014). The influence of Energetic Factor son Biomarkersof Postmenopausal Breast Cancer Risk. *Curr Nutr Rep*, 3(1), pp. 22-34.
- Noriega, J. & Gutiérrez, C. (1995). *Introducción a la epistemología para psicólogos*. México: Editorial Plaza y Valdés.
- Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Revisado el 12 de febrero de 2014 de:
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011
- Nyjlícek, I., Van Beugen, S., & Denollet, J. (2013). Effects of mindfulness-based stress reduction on distressed (Type D) personality traits: a randomized controlled trial. *J Behav Med*, 36, pp. 361-370.
- Oblitas, L. & Becoña, E. (2000). Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L. Oblitas, y E. Becoña (Eds.), *Psicología de la salud* (pp. 11-52). México: Plaza y Valdés.
- Orlandini, A. (2012). *El estrés: qué es y cómo evitarlo*. México: Fondo de cultura económica.
- Palmero, F., Fernández-Abascal, E.G., Martínez, F., & Chóliz, M. (2002). *Psicología de la motivación y la emoción*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Pavez, P., Mena, L., & Vera-Villarroel, P. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Univ. Psychol*, 11(2), pp. 369-380.

- Piqueras, J.A., Martínez, A.E., Ramos, V., Rivero, R., García, L.J., & Oblitas, L.A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*. 15(1), pp. 43-73.
- Pineda, E., Meneses, T., & Téllez, F.R. (2013). Análisis de redes sociales y comunidades virtuales de aprendizaje. Antecedentes y perspectivas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 38, pp. 40-50.
- Porter, P.L. (2009). Global trends in breast cancer incidence and mortality. *Salud Publica Mex*. 51(2), pp. S141-S146.
- Rodríguez-Marín, J. & Neipp, M. (2008). *Manual de Psicología social de la salud*. España: Editorial Síntesis.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. España: Síntesis.
- Rodríguez, M.A., Zarazaga, R., & López, A. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), pp. 339-345.
- Rojas, O., Fuentes, C., Robert, V. Briganti, M.A., Droguett, M., Iribarne, C...Muñoz, E. (2017). Psicooncología en el hospital general. Alcances en depresión y cáncer. *Rev. Med. Clin. Condes*. 28(3), pp. 450-459. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.05017>.
- Romieu, I. & Lajous, M. (2009). The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk for breast cancer: Mexican experience. *Salud Publica Mex*. 51(2), pp. S172-S180.
- Romo-González, T., Enríquez-Hernández, C.B., Hernández, M.R., Ruiz, M.E., Castillo, R.L., Ehrenzweig, Y., et al. (2014). Validación en México del inventario de ajuste de Weinberger (WAI). *Salud Mental*; 37, pp. 247-253.
- Romo-González, T., González-Ochoa, R., Gantiva, C., & Campos-Uscanga, Y. (2018b). Valores normativos del Sistema Internacional de Imágenes Afectivas en población

- mexicana: diferencias entre Estados Unidos, Colombia y México. *Universitas Psychologica*. 17(2). pp. 1-9.
- Romo-González, T., Martínez, A.J., Hernández-Pozo, M.R., Gutiérrez-Ospina, G., & Larralde, C. (2018a). Psychological features of breast cancer in Mexican women I: Personality traits and stress symptoms. *Advances in Neuroimmune Biology*. 7(1), pp. 13-25. DOI: 10.3233/NIB-170123.
- Sánchez, M., González, R.M., Marsán, V., & Macías, C. (2006). Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. *Rev Cubana Hematol Inmunol Med Transf*. 22(3).
- Sánchez, M.E. & López, C. (2010). *Estrés y salud: Aportaciones desde la psicología social*. México: Porrúa.
- Sanderman, R. & Ranchor, A.V. (1997). The predictor status of personality variables: etiological significance and their role in the course of disease. *European Journal of Personality*. 11, pp. 359-383.
- Sapolsky, R. (2013). “¿Por qué las cebras no tienen úlceras?”. España: Alianza Editorial.
- Sebastián, J., Mateos, N., & Bueno, J. (1997). Expresión emocional y personalidad tipo C: diferencias entre mujeres con patología mamaria maligna, benigna y normales. *Revista de psicología de la salud*. 9(1), pp. 93-126.
- Sebastián, J., León, M., & Hospital, A. (2009). Variables psicosociales y cáncer de mama: un estudio cuasipropectivo de la personalidad tipo C. *Revista Latinoamericana de Psicología*; 41(3), pp. 461-479.
- Secretaría de Salud. (2011). Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011. Recuperado de: http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ODH__2011.pdf

- Shi, H., Yang, X., Wang, J., Xi, H., Huang, C., He, J., Chu, M., & Zhuang, G. (2013). Type A personality, hostility, time urgency and unintentional injuries among Chinese undergraduates: a matched case-control study. *BMC Public Health*. 13, pp.1066.
- Sierra, J.C., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista MAL-ESTAR E SUBJETIVIDAD*. III(1), pp. 10-59.
- Silva, J. (2003). Biología de la regulación emocional: su impacto en la psicología del afecto y la psicoterapia. *Terapia psicológica*. 22(1), pp. 163-172.
- Simón, M.A. (1999). *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. España: Biblioteca Nueva.
- Solano, L., Costa, M., Temoshok, L., Salvati, S., Coda, R., Aiuti, F., Di Sora, F., D'Offizi, G., Figa-Talamanca, L., Mezzoroma, I., Montella, F. & Bertini, M. (2002). An emotionally inexpressive (Type C) coping style influences HIV disease progression at six and twelve-month follow-ups. *Psychology and Health*. 17(5), pp. 641-655.
- Stanton, A.L., Danoff, B.S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B., Sworowski, L.A., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, pp. 875–882.
- Stierlin, H. & Grossarth-Maticek, R. (2003). *¿Es posible prevenir el cáncer?*. España: Herder.
- Tabala, K., Wrzesinska, M., Stecz, P. & Kocur, J. (2016). Personality traits, level of anxiety and styles of coping with stress in people with asthma and chronic obstructive pulmonary disease- a comparative analysis. *Psychiatr. Pol.* 50(6), pp. 1167-1180.
DOI: <https://doir.org/10.12740/PP/62726>
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGrawHill.

- Temoshok, L. & Fox, B. H. (1984). Coping styles and other psychosocial factors related to medical status and to prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma. In Fox BH, Newberry BH (Eds.), *Impact of psychoendocrine systems in cancer and immunity* (pp 86–146). New York: Hogrefe.
- Temoshok, L. & Heller, B.W. (1984). On comparing apples, oranges, and fruit salad. In C.L. Cooper (Ed.), *Psychosocial stress and cancer* (pp.231-260). Chichester, Great Britain: John Wiley.
- Torres, A.M. (2006). Relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama. *Univ. Psychol. Bogotá*. 5(3), pp. 563-573.
- Torres-Sánchez, L., Galván-Portillo, M., Lewis, S., Gómez-Dantés, H. y López-Carrillo, L. (2009). Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica. *Salud pública de México*. 51(2).
- Urquidi, L., Montiel, M., & Gálvez, M.A. (1999). Ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Rev. Sonorense de Psicología*. 13(1), pp. 30-36.
- Valente, T.W., Palinkas, L.A., Czaja, S., Chu, K-H., & Brown, C.H. (2015). Social Network Analysis for Program Implementation. *PLoS ONE*; 10(6), pp. e0131712.
- Vila, J., Sánchez, M., Ramírez, I., Fernández, M.C., Cobos, P., Rodríguez, S., Muñoz, A., Tormo, M.P., Herrero, M., Segarra, P., Pastor, M.C., Montañés, S., Poy, R., & Moltó, J. (2001). El sistema internacional de imágenes afectivas (IAPS): adaptación española. Segunda parte. *Rev. De Psicol. Gral y Aplic.* 54(4), pp. 635-657.
- Vinaccia, S. (2003). El Patrón de Conducta Tipo C en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. XXXII(1), pp. 161-168.
- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E., & López, A.E. (2006). Evaluación del patrón de conducta Tipo C y su relación con la cognición hacia la

enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal.

Univ. Psychol. Bogotá. 5 (3), pp. 575-583.

Weiderpass, E., Meo, M. & Vainio, H. (2011). Risk factors for breast cancer, including occupational exposures. *Saf Health Work.* 2, pp. 1-8.

Weinberger, D.A. (1990). The construct validity of the repressive coping style. En Single, J.L. (ed.) *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health.* Chicago: University of Chicago Press; pp. 337-386.

World Health Organization. (2015). Breast Cancer Awareness Month in October.

http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/.

Zavala-Rodríguez, M. R., Ríos-Guerra, M.C., García-Madrid, G., & Rodríguez-Hernández, C.P. (2009). Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *CHÍA*, Colombia. Año 9, 9(3), pp. 257-270.

Anexos

Anexo 1 Tabla 10. Clasificación por Estadios

Tabla 10. *Clasificación por Estadios*

| Estadio | Implicación |
|--------------|--|
| Estadio 0 | Carcinoma in situ |
| Estadio I | El tumor mide dos centímetros o menos y no se ha diseminado fuera de la mama |
| Estadio IIA | No hay presencia de tumor en la mama, pero el cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos debajo del brazo); o el tumor mide hasta dos centímetros y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares; o el tumor mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros y no se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares. |
| Estadio IIB | El tumor mide de dos a cinco centímetros y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares; o mide más de cinco centímetros, pero no se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares. |
| Estadio IIIA | No se encuentra un tumor en la mama, pero el cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí y/o a otras estructuras; o el tumor mide cinco centímetros o menos y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí y/o a otras estructuras; o el tumor mide más de cinco centímetros y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares que pueden estar unidos entre sí; o a otras estructuras. |
| Estadio IIIB | El cáncer puede tener cualquier tamaño y se presentan las siguientes situaciones: se ha diseminado hasta los tejidos cerca de la mama (la piel o la pared del pecho, incluso las costillas y los músculos pectorales); y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos dentro de la mama o |

| | |
|--------------------------|--|
| Estadio IIIC | debajo de los brazos. El cáncer se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos debajo de la clavícula y cerca del cuello, y puede haberse diseminado hasta los ganglios linfáticos dentro de la mama o debajo de los brazos y hasta los tejidos cercanos a la mama. El cáncer de mama en estadio IIIC se divide en estadio IIIC operable y no operable. |
| Estadio IIIC operable | El cáncer, se encuentra en 10 o más ganglios linfáticos debajo del brazo; o se encuentra en los ganglios linfáticos debajo de la clavícula y cerca del cuello del mismo lado del cuerpo en que se encuentra la mama con cáncer; o se encuentra en ganglios linfáticos dentro de la mama misma y en los ganglios linfáticos de abajo del brazo. |
| Estadio IIIC no operable | El cáncer se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos más arriba de la clavícula y cerca del cuello del mismo lado del cuerpo en el que se encuentra la mama con cáncer. |
| Estadio IV | El cáncer se ha diseminado hasta otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia hasta los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro. |

Nota: Fuente adaptado de Azuara, E., Álvarez, E. y Gariglio, P. (2010). Salud de las mujeres: Cáncer, biología molecular genómica y proteómica. Instituto de Ciencia y Tecnología del D.F. y Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Anexo 2 Hoja de datos generales

Hoja de recopilación de datos

Fecha: _____ Folio: _____

Nombre: _____ No. De expediente: _____

Edad: _____ Teléfono: _____ Estado civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Población: _____

Cuando acudió a consulta por primera vez: _____

Motivo de la consulta: _____

A presentado molestias: SI () NO () Cuales: _____

Le dio seguimiento a las consultas: SI () NO () porque: _____

Cuánto tiempo tiene en tratamiento: _____

Madre: Neoplasias SI () NO () Cuales: _____

Padre: Neoplasias SI () NO () Cuales: _____

Abuelos Maternos: Neoplasias SI () NO () Cuales: _____

Abuelos Paternos: Neoplasias SI () NO () Cuales: _____

Hermanos: Neoplasias SI () NO () Cuales: _____

Otros: _____

Tabaquismo SI () NO () _____ Alcoholismo SI () NO () _____

Otra toxicomanía SI () NO () Cuales: _____

Otros padecimientos SI () NO () Cuales: _____

Cirugías previas: _____

Menarca: _____ Ritmo: _____ Fecha última regla: _____

Menopausia: _____ Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____

Cesarea: _____ EPP: _____ EUP: _____ MPF: _____

Lactancia: _____ TRH: SI () NO () _____

Historia de patología mamaria SI () NO () Cuales: _____

Tiempo de evolución del padecimiento actual: _____

Mastografía BIRADs: _____ USG[tamaño del tumor]: _____

Etapas clínicas: _____ T _____ N _____ M _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Perímetro abdominal: _____ perímetro de cadera: _____

Anexo 3 consentimiento informado IMSS

| CONSENTIMIENTO INFORMADO | |
|---|--|
|  | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD |
| CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS) | |
| <p>En el IMSS y el Instituto de Investigaciones Biológicas de la Universidad Veracruzana, se está desarrollando un proyecto de investigación llamado: "Respuesta emocional y tipo de personalidad como mecanismos para el desarrollo de cáncer ductal infiltrante de la mama". En el Puerto de Veracruz, Ver. en el 2016, que tiene como objetivo analizar la relación entre la supresión emocional, los niveles de ansiedad, la sintomatología de estrés y la regulación emocional como mecanismos en el desarrollo de cáncer de mama, esto con el propósito de combatir y/o prevenir esta enfermedad que es la primera causa de muerte en mujeres mexicanas.</p> <p>Se hace de su conocimiento que su participación en el proyecto, de aceptar, implica el responder cuatro tests psicológicos y una hoja de preguntas de aspecto socioeconómico que nos permitirán en el futuro evaluar el valor prospectivo de la investigación y tener herramientas preventivas para el cáncer de la mama. Nosotros estamos en la disposición de hacer de su conocimiento todo lo concerniente al proyecto si es su interés, aclararle sus dudas, proporcionarle, en caso de necesitarlo, atención médica y psicológica e incluso orientarla hacia servicios de carácter legal, de así requerirlo.</p> <p>Usted puede retirar su consentimiento a participar en el momento que lo considere, sin que ello signifique que la atención médica que se le proporciona se vea afectada. Al mismo tiempo, le informamos que esta participación no conlleva ningún costo extra en su atención y que toda la información que obtengamos de usted a partir del cuestionario es confidencial por lo que su identificación personal NO SERA dada a conocer a menos que usted lo autorice específicamente.</p> <p>Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder de la participante o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Para preguntas o comentarios comunicarse con el asesor responsable Dr. Roberto Pérez Díaz o la investigadora responsable Dra. Tania Romo González de la Parra Coordinadora del Área de Biología y Salud Integral al teléfono 228 8418900 ext. 13401.</p> <p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p> | |
| <p>_____</p> <p>Nombre y firma del sujeto</p> | <p>_____</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> |
| <p>Testigo 1</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p> | <p>Testigo 2</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p> |
| <p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio</p> | |
| Clave: 2810-009-013 | |

Anexo 4 Carta de consentimiento informado en otros hospitales

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Respuesta emocional y personalidad como mecanismos para el desarrollo de cáncer de mama

En la Clínica del Instituto de Investigaciones Médico Biológicas y el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, se está desarrollando un proyecto de investigación que tiene como objetivo analizar la relación entre la supresión emocional, los niveles de ansiedad, la sintomatología de estrés y la respuesta emocional como mecanismos en el desarrollo de cáncer de mama, esto con el propósito de combatir y/o prevenir esta enfermedad que es la primera causa de muerte en mujeres mexicanas.

Se hace de su conocimiento que su participación en el proyecto, de aceptar, implica el responder tests psicológicos y preguntas de aspecto socioeconómico que nos permitirán en el futuro evaluar el valor prospectivo de la investigación y tener herramientas preventivas para el cáncer de la mama. Nosotros estamos en la disposición de hacer de su conocimiento todo lo concerniente al proyecto si es su interés, aclararle sus dudas, proporcionarle, en caso de necesitarlo, atención médica y psicológica e incluso orientarla hacia servicios de carácter legal, de así requerirlo.

Usted puede retirar su consentimiento a participar en el momento que lo considere, sin que ello signifique que la atención médica que se le proporciona se vea afectada. Al mismo tiempo, le informamos que esta participación no conlleva ningún costo extra en su atención y que toda la información que obtengamos de usted a partir del cuestionario es confidencial por lo que su identificación personal NO SERA dada a conocer a menos que usted lo autorice específicamente.

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder de la participante o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Para preguntas o comentarios comunicarse con la Dra. Tania Romo González de la Parra Coordinadora del Área de Biología y Salud Integral al teléfono 228 8418900 ext. 13401.

Xalapa, Ver. a _____ de _____ de _____.

PARTICIPANTE:

NOMBRE

FIRMA

REPRESENTANTE
INVESTIGADOR

TESTIGO

TESTIGO

SISTEMA INTERNACIONAL DE IMÁGENES AFECTIVAS
CUADERNO DE EVALUACIÓN

CONJUNTO:

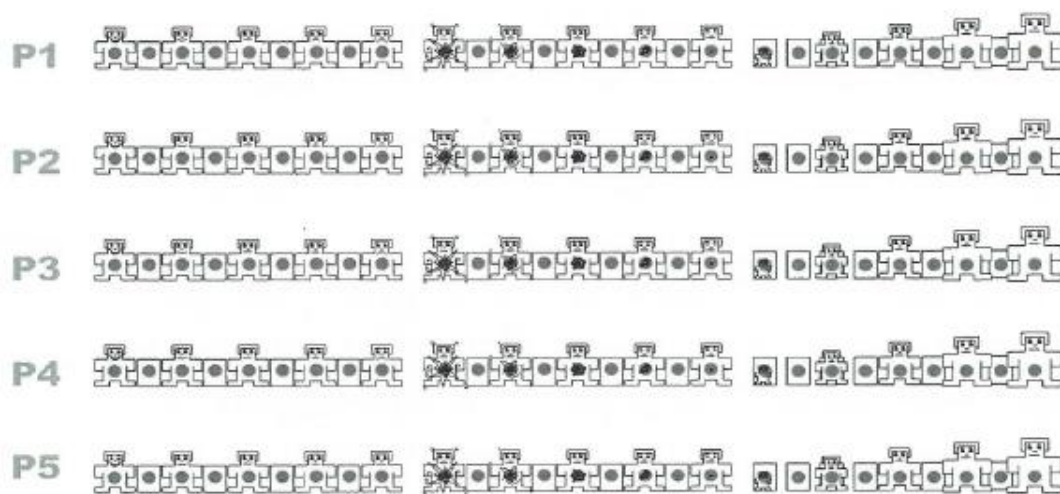
ORDEN:

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

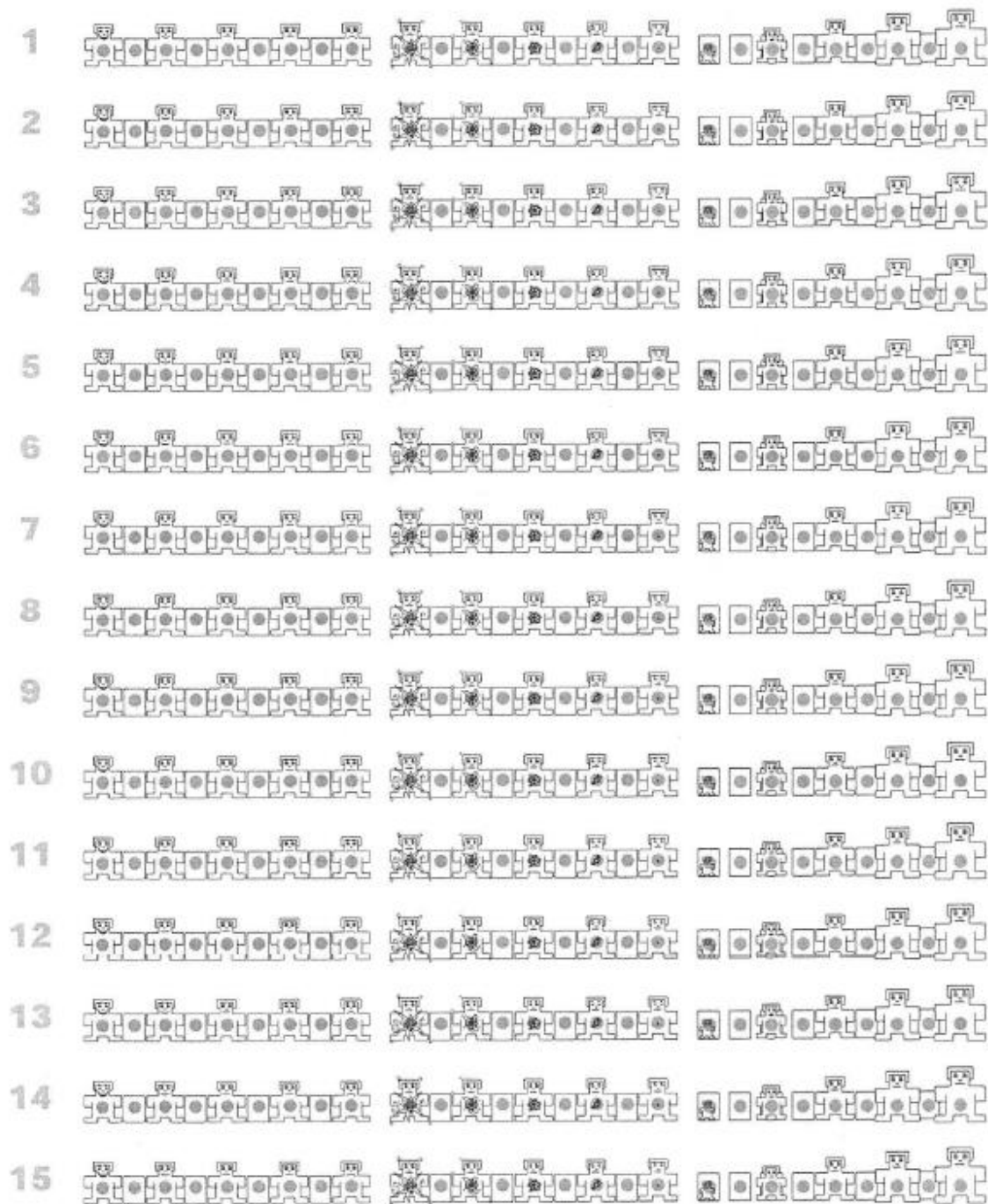
La presente investigación tiene por objetivo aplicar el Sistema Internacional de Imágenes Afectivas en población mexicana con Cáncer de Mama, con Patología Benigna de la Mama y sin Patología. Los datos obtenidos son confidenciales y anónimos y solo se utilizarán con fines investigativos. Ninguna de sus respuestas le traerá consecuencias negativas personales, académicas o laborales. Por lo anterior, acepto evaluar las diapositivas de contenido emocional que incluye el estudio.

Firma:

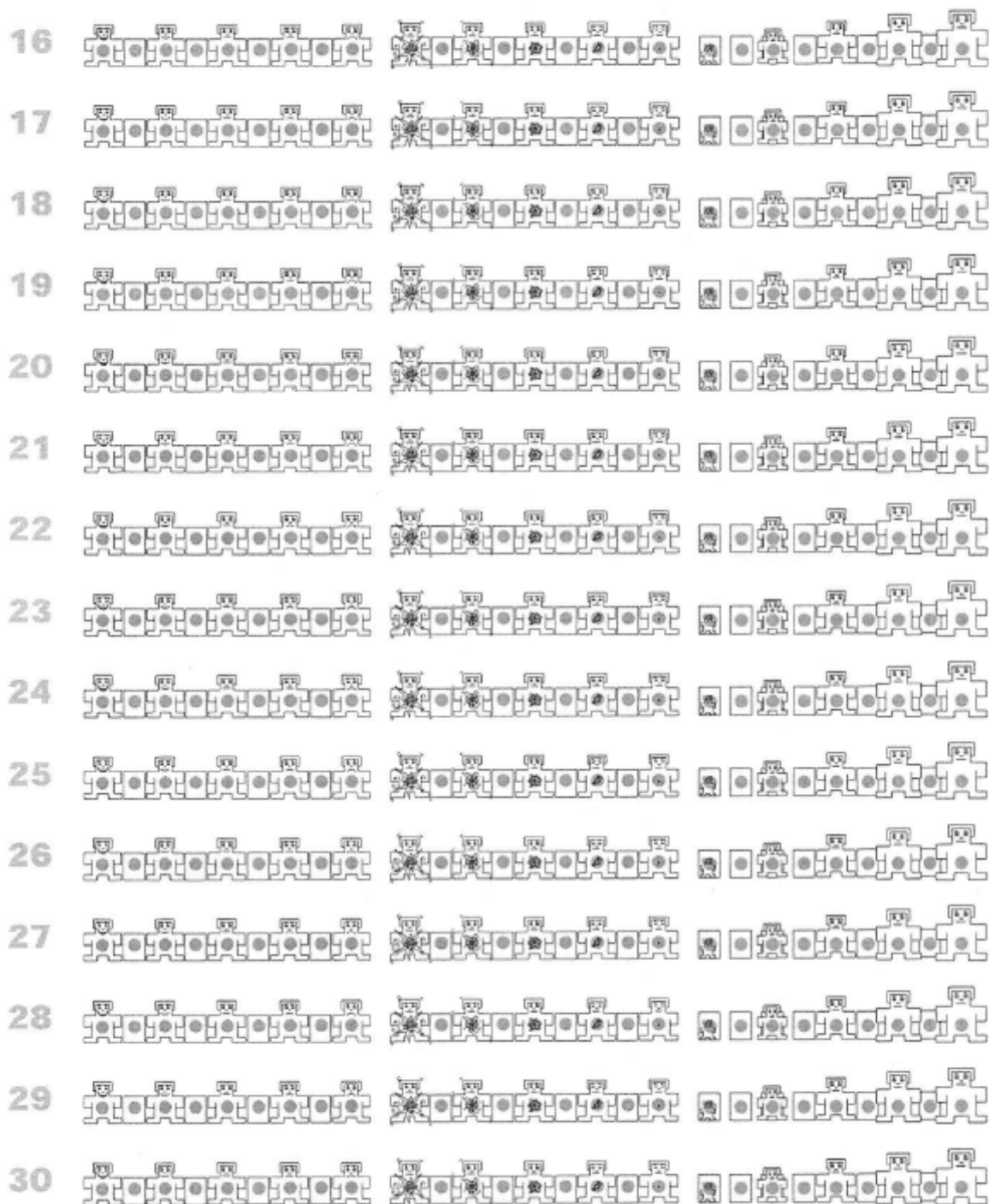
Fecha:

PÁGINA DE PRUEBA

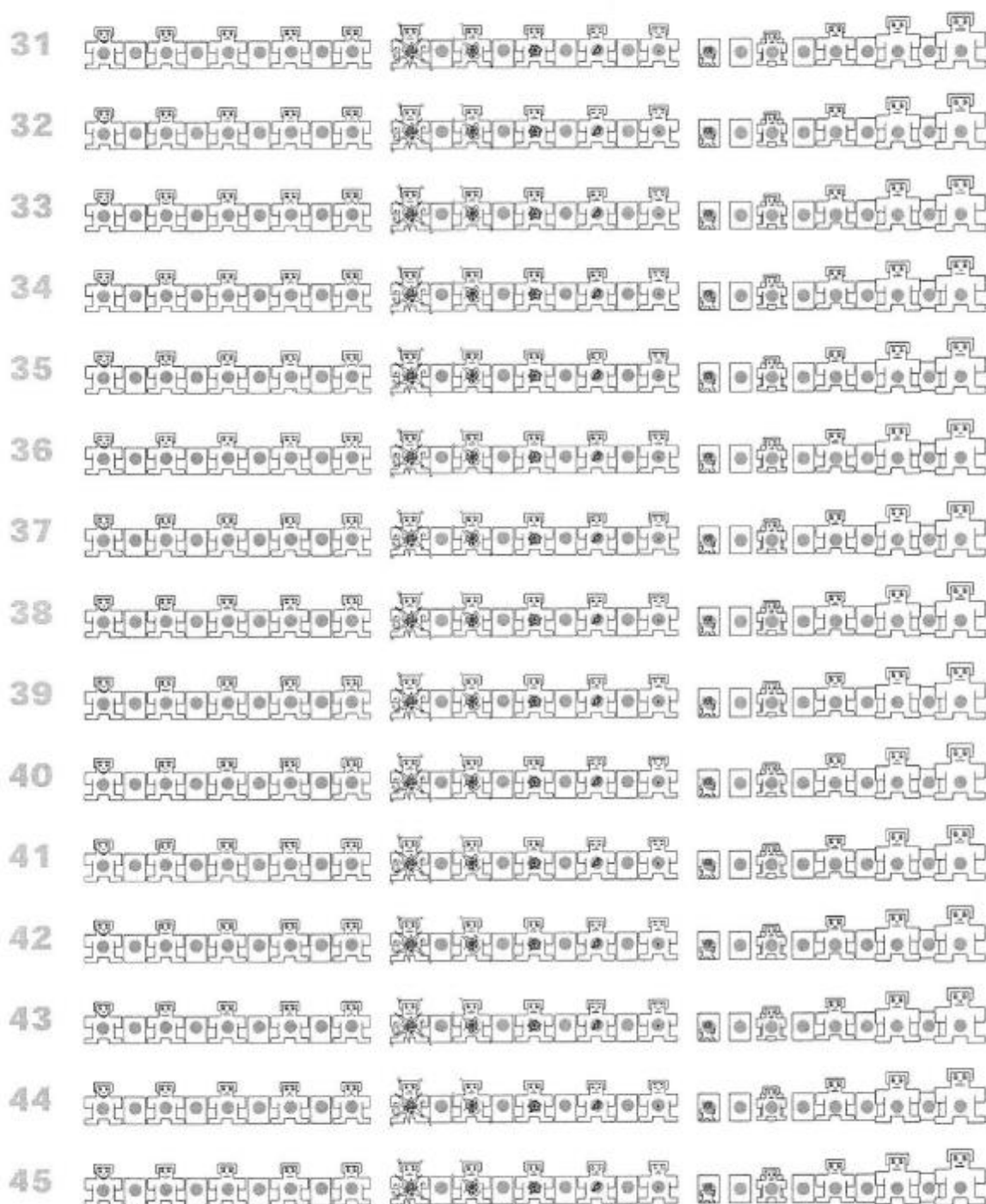
Página 3



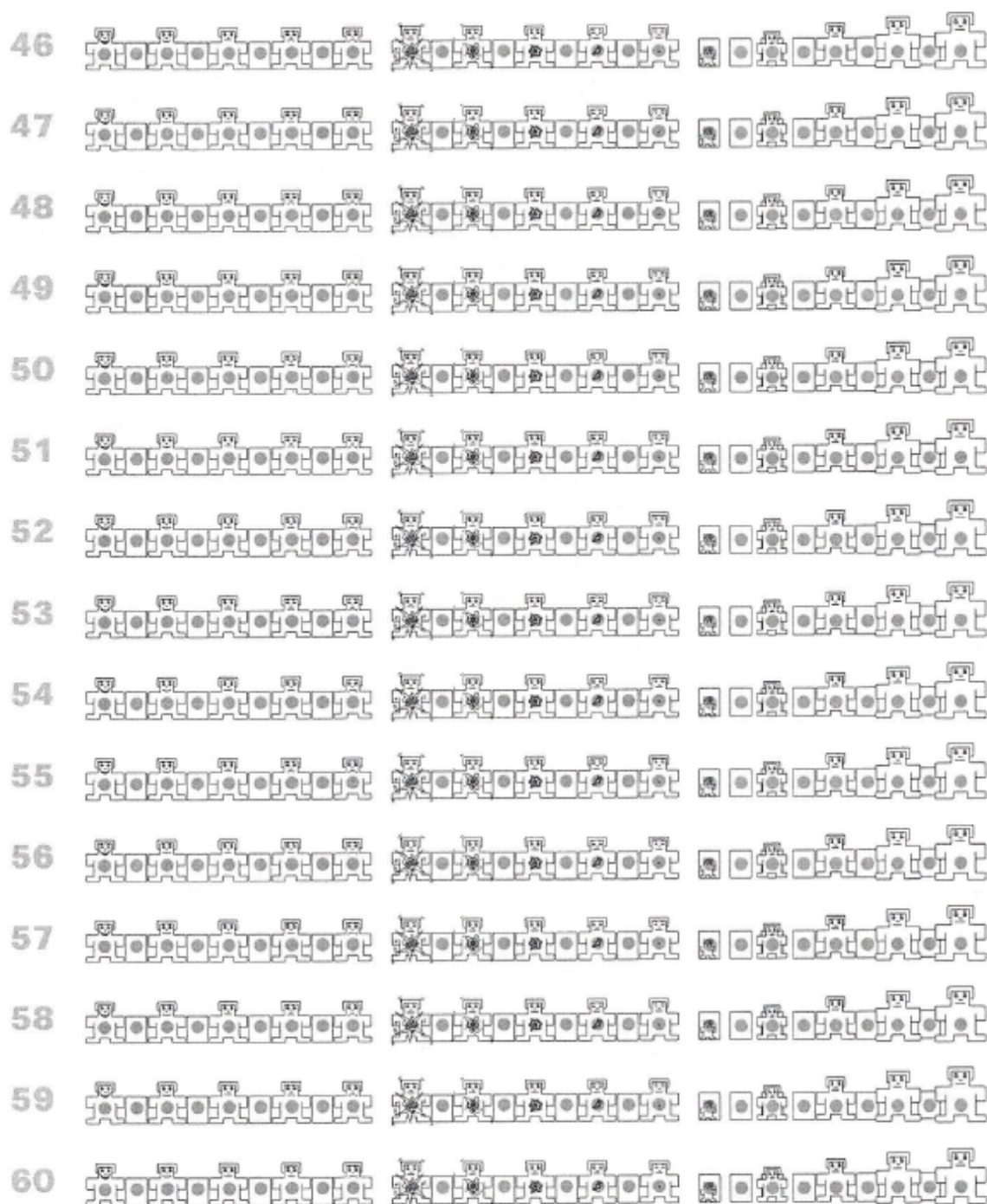
Página 4



Página 5



Página 6



Anexo 6 IDARE



IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

SXE

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

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

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

IDARE

Inventario de Autoevaluación

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

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

Anexo 7 ISE

ISE

0= Nunca, 1= Raras veces, 2= Moderadamente, 3= Frecuentemente, 4= Siempre

Señale con una cruz la frecuencia con que siente los síntomas que sufre en su vida diaria:

| No | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Dolores de espalda o cuello | | | | | |
| 2 | Irritabilidad fácil | | | | | |
| 3 | Pérdida o exceso de apetito | | | | | |
| 4 | Sentirse sin ganas de comenzar nada | | | | | |
| 5 | Dolor de cabeza | | | | | |
| 6 | Escasas ganas de comunicarse | | | | | |
| 7 | Presión en el pecho | | | | | |
| 8 | Falta de flexibilidad adaptativa | | | | | |
| 9 | Dificultades con el sueño | | | | | |
| 10 | Sentimientos de cansancio mental | | | | | |
| 11 | Dificultades sexuales | | | | | |
| 12 | Tiempo mínimo para uno mismo | | | | | |
| 13 | Erupciones en la piel salpullidos | | | | | |
| 14 | Fatiga generalizada | | | | | |
| 15 | pequeñas infecciones | | | | | |
| 16 | Sentimientos de baja autoestima | | | | | |
| 17 | Aumento de la bebida, tabaco o sustancias | | | | | |
| 18 | Dificultad de memoria y concentración | | | | | |
| 19 | Problemas gastrointestinales | | | | | |
| 20 | Necesidad de aislarse | | | | | |
| 21 | Problemas alérgicos | | | | | |
| 22 | Estado de apresuramiento continuo | | | | | |
| 23 | Presión arterial alta | | | | | |
| 24 | Pérdida de sentido del humor | | | | | |
| 25 | Resfriados y gripes | | | | | |
| 26 | Pérdida del deseo sexual | | | | | |
| 27 | Problemas en la voz (afonías, cambios de voz, carrasperas, etc.) | | | | | |
| 28 | Escasa satisfacción en las relaciones sociales | | | | | |
| 29 | Dificultad de controlar la agresividad | | | | | |
| 30 | Cansancio rápido de todas las cosas | | | | | |

Anexo 8 CECS

C.E.C.

A continuación aparecen algunas reacciones que tiene la gente ante ciertos sentimientos o emociones. Lea las frases de cada lista y ponga un círculo en el número apropiado de la columna, indicando hasta qué punto describe cada una el modo en que usted reacciona normalmente. Por ejemplo, si usted cree que cuando se siente enfadado, casi nunca se queda callado, entonces pondría el círculo en el número 1; si esto le ocurre sólo a veces, pondría el círculo en el número 2; si le ocurre a menudo, pondría el círculo en el número 3; y si le ocurre casi siempre, pondría el círculo en el número 4.

Por favor, señale un número en cada reacción. Hágalo rápidamente y señale sólo un número en cada línea.

| | casi nunca | A veces | A menudo | Casi siempre |
|---|------------|---------|----------|--------------|
| Cuando me siento muy enfadado | | | | |
| 1. Me quedo callado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Rehúso discutir o decir nada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Me reprimo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Digo lo que siento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Evito hacer una escena | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Controló mis sentimientos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Oculto mi enfado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cuando me siento infeliz o desgraciado | casi nunca | A veces | A menudo | Casi siempre |
| 8. Rehúso hablar de ello | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Oculto mi tristeza | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Me hago el fuerte | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Me quedo callado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Dejo que los demás vean cómo me siento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Controló mis sentimientos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Me reprimo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cuando estoy muy ansioso o preocupado | casi nunca | A veces | A menudo | Casi siempre |
| 15. Dejo que los demás vean cómo me siento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Me quedo callado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Rehúso hablar de ello | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Les cuento a los demás lo que me pasa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Digo lo que siento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Me reprimo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Controló mis sentimientos | 1 | 2 | 3 | 4 |

Por favor, compruebe que ha señalado sólo un número en cada línea y que ha contestado a todas las frases. MUCHAS GRACIAS.

Anexo 9 WAI

Fecha _____
Dia Mes Año

Nombre: _____

Edad: _____ Número de expediente o Folio: _____

(WAI)

INSTRUCCIONES: El propósito de estas preguntas es entender cómo es usted o cómo se siente generalmente, no solo en las semanas recientes sino durante el último año o más. Por favor lea cada enunciado cuidadosamente y seleccione el número que mejor le describa. Para cada enunciado, en la **Parte I** decida si es (1) FALSO o en su mayoría falso para usted; (2) MAS O MENOS FALSO (i.e., más falso que verdadero); (4) MAS O MENOS VERDADERO (i.e., más verdadero que falso); o (5) VERDADERO o en su mayoría verdadero. Si no puede decir realmente si en su mayoría verdadero o falso, escoja (3) NO ESTOY SEGURO.

Las preguntas de la **Parte II** se relacionan con la frecuencia en la que usted piensa, siente o actúa de cierta manera. Otra vez, queremos saber que es usual para usted incluso si no se ha sentido así en los dos últimos días o las semanas recientes. Después de leer cada enunciado cuidadosamente, por favor escoja que tan frecuente es verdadero: (1) CASI NUNCA o nunca, (2) POCO FRECUENTE, (3) ALGUNAS VECES, o en una cantidad promedio, (4) FRECUENTEMENTE, o (5) CASI SIEMPRE o siempre.

PARTE I

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-------|-------------------|-----------------|-----------------------|-----------|
| | Falso | Más o menos falso | No estoy seguro | Más o menos verdadero | Verdadero |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Disfruto de la mayoría de las cosas que hago en la semana. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. En ocasiones me propongo hacer algo pero al final realizo otra cosa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Hay veces en las que no me siento muy orgulloso de qué tan bien he hecho las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. No importa qué esté haciendo, normalmente me la paso bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Soy del tipo de personas que probará cualquier actividad sin importar lo insegura que sea. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Me siento inseguro de mí mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Este año pasaron algunas cosas de las que me sentí desdichado en su momento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Casi siempre hago lo que me piden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Recuerdo alguna ocasión en la que me he sentido tan enojado con alguien que he sentido ganas de hacerle daño. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. En los últimos años, ha habido muchas ocasiones en las que me he sentido insatisfecho o triste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. En general me considero una persona feliz. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. He hecho cosas que son incorrectas y de las que me he arrepentido después. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Generalmente no permito que algo me moleste demasiado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Recuerdo ocasiones en las que no me sentí bien conmigo mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|-------|-------------------|-----------------|-----------------------|-----------|
| 15. Hago un esfuerzo por controlar mis emociones aún cuando me estoy divirtiendo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Hago más cosas fuera de la ley que la mayoría de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. En realidad me desagrado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Generalmente me la paso bien cuando hago cosas en compañía de otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Falso | Más o menos falso | No estoy seguro | Más o menos verdadero | Verdadero |
| 19. Cuando me pasa algo negativo nunca me entristezco. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. A veces me siento tan mal conmigo mismo que me gustaría ser alguien más. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Soy del tipo de personas que sonrío y río mucho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. De vez en cuando me entristezco mucho por lo que me pasa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. De vez en cuando rompo las promesas que he hecho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. De vez en cuando me he molestado por algo que más tarde pienso no era importante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Todos cometen errores de vez en cuando. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. La mayoría de las veces no me preocupa mucho por las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Soy del tipo de personas que se divierte mucho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Hay ocasiones en las que no termino las cosas porque pierdo mucho el tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Me preocupa mucho por las cosas que no son importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Hay ocasiones en las que no permito que la gente se entere de que he hecho algo malo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Con frecuencia me siento triste o desgraciado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Generalmente siento que soy el tipo de persona que quiero ser. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Pienso en los demás antes de hacer algo que no les guste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Hago las cosas sin prestarles mucha atención. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Cuando se me presenta la oportunidad, tomo lo que quiero aunque no me pertenezca. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Si alguien trata de burlarse de mí, me aseguro de desquitarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Disfruto haciendo algo por los demás, incluso aunque no reciba nada a cambio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Me siento de tan mal humor que sólo me detengo y no hago nada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. "Enloquezco" y hago cosas que a los demás puede no gustarles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Hago cosas que en realidad son injustas para las personas que no me importan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Hago trampa cuando sé que nadie se dará cuenta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Cuando hago algo por diversión (por ejemplo, ir de fiesta, actuar tontamente), tiendo a seguirme de largo y llegar a los excesos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Me aseguro que haciendo lo que quiero no le causaré problemas a nadie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|----------------------------------|
| 44. Rompo las leyes y las reglas con las que no estoy de acuerdo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Me siento un poco disgustado cuando alguien señala las cosas que he hecho mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PARTE II | (1) Casi Nunca o nunca | (2) Poco Frecuente | (3) Algunas Veces o en una cantidad promedio | (4) Frecuentemente | (5) Casi Siempre o siempre |
| 46. Me gusta hacer cosas nuevas y diferentes aunque la mayoría de la gente consideraría raras o no muy seguras. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. Antes de hacer algo, pienso en que no afecte a la gente de mi alrededor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. Si alguien hace algo que realmente no me gusta, le grito reclamándole. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. La gente depende de mí pues sabe que puede confiar en que haré lo que debo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Cuando estoy enojado pierdo el control y permito que la gente lo note. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Me siento tan desanimado e infeliz que nada me hace sentir mejor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. Hago cosas que sé que no están del todo bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Digo lo primero que se me viene a la mente sin detenemos a pensarlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Molesto a la gente que me cae mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. Me da miedo que algo terrible me pase a mí o a la gente que quiero. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56. Si la gente hace cosas sin pedirme que los acompañe me siento rechazado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57. Me esfuerzo mucho en no herir los sentimientos de los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58. Me detengo a pensar las cosas antes de actuar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59. Ofendo a las personas que me molestan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 60. Me aseguro de no meterme en problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 61. Me siento solo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 62. Cuando alguien me provoca, contesto a la provocación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |