

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ I
TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

CUESTIONARIO DE CREENCIAS, ATRIBUCIONES Y
AFRONTAMIENTO AL CÁNCER.

ROCÍO ROMERO RETES

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Servei de Publicacions
2011

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 28 de febrer de 2011 davant un tribunal format per:

- Dr. José Giner Ubago
- Dr. Salvador Cervera Enguix
- Dr. Manuel Llombart Fuertes
- Dra. Carmen Leal Cercós
- Dra. Isabel Caro Gabalda

Va ser dirigida per:

Dra. Elena Ibáñez Guerra

Dr. José Soriano Pastor

©Copyright: Servei de Publicacions
Rocío Romero Retes

Dipòsit legal: V-499-2012

I.S.B.N.: 978-84-370-8148-9

Edita: Universitat de València

Servei de Publicacions

C/ Arts Gràfiques, 13 baix

46010 València

Spain

Telèfon:(0034)963864115

**CUESTIONARIO DE
ATRIBUCIONES, CREENCIAS Y
AFRONTAMIENTO AL CÁNCER**

TESIS DOCTORAL DE ROCIO ROMERO RETES

DIRECTORES: ELENA IBÁÑEZ GUERRA Y

JOSÉ SORIANO PASTOR

VALENCIA 2010

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Elena Ibáñez y a José Soriano el que me dieran la oportunidad y me brindaran su ayuda para llevar a cabo este trabajo, sin ellos mi Tesis Doctoral no habría sido posible. Tampoco habría sido posible sin la Fundación IVO, sin el hospital, y, por supuesto sin los enfermos que se prestaron a participar en el estudio. A todos ellos, muchas gracias.

Igualmente agradecida estoy a mis compañeros del IVO, Paz Guilló, Pilar Llombart y Ana García-Conde, y del equipo de hospital de día, Tere, Lucy, Marta, Silvia y Cristina, a todas ellas, su inestimable paciencia y ayuda. Gracias también al Servicio de Urología, por permitirme invadir sus despachos y colaborar en reclutar la muestra, empezando por el jefe, Dr. Solsona y continuando por Dr. Monrós, Dr. Ricós, Dr. Gómez-Ferrer, Dr. Casanova, Dr. Rubio, Dra. Iborra, Dr. Collado y Dra. Trastierra y especialmente, a Martina por facilitarme el trabajo. Tampoco quiero olvidar al Dr. Miguel Angel Climent y a mi estimable compañero Dr: Antonio Menendez, el primero por su ayuda en la recogida de la muestra, el segundo por el aliento y afecto brindados.

Y mi agradecimiento sincero también a mis compañeras de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria las Dras. Elena Oliete y Patricia Ruiz y al comité de digestivo, en especial al Dr. Campos, Dr. Barrasa, Dr. Yaya y Dra. Martínez La Piedra, su apoyo y palabras de ánimo han sido en determinados momentos importantes para mí.

Gracias a Paz y a David, por el tiempo que dedicaron a agilizarme el trabajo pero sobre todo por su cariño y por su verdad, son siempre un regalo.

Agradezco también a Anna Allepuz, su chispa, vitalidad y capacidad de trabajo además de su ayuda en la puesta en marcha de la parte experimental.

A todos los que han creído en mí y me ayudaron también a hacer mi deseo realidad, mi hermano Rafa y mi cuñada Aurora Moncholí, mi hermana Mónica, Olga Segura, Ignacio Gómez Portilla, Jose María Llamas, Santiago Borrás, Juan Carlos Pastor, y algunas personas más que guardaré para mí, mi más sincero y cariñoso agradecimiento; gracias, Kakujo.

Por último, y una vez más, mi gratitud a las dos personas que me empujaron, casi sin darme opción, a realizar este trabajo; D. Manuel Llombart Fuertes y la Profesora Elena Ibañez Guerra. Siempre se lo agradeceré.

A mis hijas, Lucía y Rocío

A mi madre

A mi padre

INDICE

1. INTRODUCCION

2. MARCO TEORICO:

- 2.1. ASPECTOS MEDICOS
- 2.2. ASPECTOS PSICOLOGICOS
 - 2.2.1. Atribuciones y creencias
 - 2.2.2. Afrontamiento
- 2.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACION
- 2.4. OBJETIVO DEL ESTUDIO

3. PARTE EXPERIMENTAL:

- 3.1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA
- 3.2. INSTRUMENTOS
- 3.3. PROCEDIMIENTO
- 3.4. RESULTADOS
- 3.5. DISCUSION

4. CONCLUSIONES:

5. BIBLIOGRAFIA

6. ANEXOS

1. INTRODUCCION

Tal y como apunta Ibañez (en prensa) en la espléndida revisión que realiza sobre intervención psicológica en enfermos de cáncer, la psicooncología es una ciencia joven, teniendo en cuenta que tan solo en 1984 fue fundada la Sociedad Internacional de Psicooncología y cinco años más tarde publicado el primer Manual de Psicooncología. Aunque en las dos últimas décadas ha habido varios intentos por aunar y sistematizar toda la información necesaria para los profesionales dedicados a esta área habiendo sido publicados diversos tratados de psicooncología, el mejor de ellos sin duda alguna es el llevado a cabo por Holland, que como decimos ha sido la pionera.

En su Manual de Psicooncología, Holland y Rowland (1989) presentan un compendio amplio y bien sistematizado en el que exponen los principales factores psicológicos y médicos relacionados con la adaptación al cáncer. Plantean los trastornos psiquiátricos más comunes en los enfermos oncológicos así como las secuelas psicológicas de los tratamientos médicos. Por supuesto abordan las principales líneas psicoterapéuticas, sin olvidar el cáncer infantil y sus repercusiones, la adaptación de la familia y los aspectos psicológicos y éticos del personal en oncología. Este manual, que fue revisado y ampliado nueve años más tarde, destacaba desde sus inicios la importancia de los principales problemas psicológicos del enfermo de cáncer.

En primer lugar, lo que el individuo aporta a la enfermedad a partir de su experiencia médica previa, su personalidad y su modo de afrontamiento. Este último dependerá de todos los aspectos físicos de la enfermedad y del momento del ciclo vital en el que ocurre el cáncer, así como los recursos emocionales y sociales de los que dispone. Como veremos más adelante, los aspectos socioculturales en los que tiene lugar el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, los valores y creencias, además de todas aquellas experiencias previas con el cáncer influyen en el afrontamiento. De igual modo, los recursos interpersonales, es decir, lo que otras personas o estructuras de apoyo social aportan, tienen mucho que decir en el enfermo oncológico.

Sin embargo, no resulta fácil determinar con exactitud lo que significa el término *apoyo social*. Nos podemos encontrar con varios criterios para evaluar el apoyo social como el tipo de apoyo ofrecido o el que la persona necesita (informativo, emocional, tangible...); la fuente de apoyo que pese a reconocerse ampliamente que proviene del cónyuge o de los padres casi en su totalidad, a veces puede ser otro miembro de la familia, un amigo o incluso una persona del entorno hospitalario. Se puede decir que la adaptación de una persona a la enfermedad, va a depender de un equilibrio entre los aspectos médicos y los efectos atenuadores del estado psicológico y del apoyo social.

En segundo lugar, es necesario distinguir las diferentes etapas de la enfermedad por las que puede atravesar un paciente. Las reacciones ante el diagnóstico varían de paciente a paciente. Se trata de un periodo

difícil emocionalmente en el que la persona prefiere no alarmar a la familia y cargar con la información y los miedos ella sola. El cuadro general suele consistir en disforia y ansiedad, depresión, rabia y dificultad en la concentración y en mantener las actividades diarias. Suelen ser muy frecuentes en esta primera fase preguntas como ¿por qué a mí? El distrés va desapareciendo en los primeros 15 días y la adaptación a las malas noticias ocurre a medida que se buscan soluciones. La adaptación más a largo plazo ocurre en los meses sucesivos y aumenta si se establece una buena alianza con el médico.

La fase del tratamiento no es menos importante. Con respecto a la *cirugía*, nos podemos encontrar con los miedos prequirúrgicos y la necesidad de anestesia general, por un lado; y las secuelas de algunas cirugías agresivas como la mastectomía o la amputación de algún miembro superior o inferior, la colostomía o la prostatectomía, en este último caso por la disfunción sexual que ocasiona. En la *radioterapia*, los miedos que suelen aparecer son que el tumor es incurable, que el tratamiento producirá quemaduras y que la máquina producirá radiaciones en exceso. Por ejemplo, la radioterapia en la boca, faringe y cuello ocasiona cambios en el sabor, en la producción de la saliva y en la mucosa oral lo que significará un problema para la nutrición. La radiación pélvica ocasiona diarrea, que desaparece al final del tratamiento pero puede continuar durante algún tiempo. Sin duda uno de los tratamientos más temidos por el enfermo de cáncer es la *quimioterapia* por sus conocidos efectos secundarios, como la alopecia, las náuseas y vómitos, que también

pueden ser anticipatorios, la estomatitis, la fatiga y la anorexia.

En el *período de supervivencia*, persiste la preocupación ante una posible recaída, en ocasiones la persona se encuentra en una situación diferente a la que se encontraba antes de iniciar el tratamiento; por ejemplo a nivel laboral, porque no es nada raro perder el trabajo o cambiar de funciones; o de relaciones interpersonales. Tras una experiencia de cáncer, es muy habitual que se den cambios en el entorno social y por supuesto en las prioridades vitales. Pero a además del denominado síndrome de Damocles, según el cual el enfermo con cáncer teme continuamente la reaparición de la enfermedad, puede aparecer un trastorno por estrés postraumático, que en cierta medida, es probable que explique parte del síndrome de Damocles. Como apunta Ibañez (2004) es probable que el miedo a volver a tener cáncer se deba a que el enfermo sea capaz de olvidar que tuvo la enfermedad o algunos aspectos de la misma por muchos años de supervivencia que tenga.

En cuanto a la *recaída* la confusión emocional es similar a la del momento del diagnóstico, pero con una preocupación, tristeza y depresión más intensas. El enfermo intentará también buscar significado, como le ocurre con el diagnóstico inicial, pero pueden ser habituales en estos momentos la culpabilidad, el desamparo y tristeza y el miedo al abandono.

Con todo ello, dado que el proceso de un diagnóstico de cáncer es un fenómeno complejo con diferentes tipos de resultados, dependiendo tanto del estadio de la enfermedad como también de la respuesta a los distintos tipos de tratamiento, consideramos muy

necesaria la evaluación previa del enfermo de cáncer de cara a su posterior intervención psicológica. La mayoría de las aproximaciones terapéuticas parten del concepto de afrontamiento de Lazarus y Folkman, en los que el objetivo del terapeuta es proporcionar al paciente estrategias de afrontamiento más adaptativas o bien aumentar su sensación de control a través de sus pensamientos o su estado de ánimo, en definitiva devolviéndole al enfermo autoconfianza y estabilidad emocional. Como refiere Ibañez (en prensa) el psicooncólogo ha de evaluar desde la propia dificultad del enfermo para detectar si sus problemas están directamente relacionados con su enfermedad (miedo al diagnóstico, a los tratamientos, a los efectos secundarios de los mismos, al dolor, a la muerte, etc..) o con las consecuencias que la misma tiene sobre su vida (pareja, familia, trabajo, amigos, etc..) o bien si eran conflictos que existían previamente (ansiedad, depresión, desamparo, etc..) y que se han agravado con la enfermedad.

El objetivo del presente trabajo es poder aportar algo más de sustento y criterio a la exploración y evaluación psicológica del enfermo de cáncer, creando un instrumento de medida que agilice la entrevista inicial. Hemos querido profundizar en las atribuciones y creencias que el paciente oncológico realiza a cerca de su enfermedad, ya que la valoración que haga de la misma va a determinar la necesidad o no de una futura intervención psicológica. El proceso de la enfermedad dado que en muchos casos se extiende en tiempo a causa de los tratamientos o por la condición intrínseca del tumor (en muchos casos hay recaídas), el

psicooncólogo se puede encontrar y de hecho se encuentra con muchos diferentes momentos y, por tanto, oportunidades para evaluar y abordar terapéuticamente al paciente.

En la primera parte presentaremos una revisión de los trabajos más recientes sobre atribuciones y creencias en cáncer, por un lado, y el concepto de afrontamiento, por otro. En la segunda, exponemos los resultados obtenidos de nuestro intento por obtener un cuestionario que pueda ayudar a sistematizar la entrevista inicial y establecer la adecuada intervención psicológica adaptada a sus características intrínsecas y necesidades.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ASPECTOS MEDICOS

El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas) con crecimiento y división más allá de los límites normales (invasión del tejido circundante y a veces, metástasis). Las células que forman nuestro cuerpo crecen como todo ser vivo. Y su crecimiento está controlado por una especie de código de instrucciones que existe en el núcleo de cada una: el ADN que forma los cromosomas. Un determinado trozo de ADN contiene las instrucciones para una función, es lo que se denomina *gen*. Es por ello que el cáncer es una enfermedad de los genes. Los genes ordenan el crecimiento de las células para desarrollarnos desde que se forma un nuevo ser hasta que llegamos a adultos.

El sorprendente descubrimiento de los oncogenes ha sido crucial para comprender qué ocurre en nuestras células. Los oncogenes son genes en nuestros cromosomas capaces de desencadenar un crecimiento imparable de células. Sin duda, su finalidad no es provocar tumores. Más bien se supone que se corresponden a genes encargados de controlar el crecimiento en los periodos embrionarios cuando el nuevo ser vivo precisa de una reproducción continua celular para formar órganos. Si por alguna razón estos oncogenes se activan cuando no toca o los genes supresores dejan de funcionar y desaparece ese freno, se dispara de nuevo el crecimiento celular, pero esta vez de forma incontrolada y fútil. Algunas células comienzan

a multiplicarse sin razón y aparece un tumor. Pero ¿cuál es la razón por la que los genes funcionan mal?

Cada uno de nosotros está formado por unos trescientos billones de células. En el interior de cada célula está el núcleo que contiene los genes. Pues bien, y en palabras del Dr. Cubedo, *la capacidad de duplicarse que mantiene cualquier célula humana es como una bomba de relojería* y no podemos prescindir de los genes, porque nuestros tejidos se desgastan y deben renovarse. Eso requiere que algunas células se dividan de cuando en cuando. Pero la división celular debe suceder en el lugar preciso, en el tiempo exacto y en la cantidad justa. El cáncer sucede cuando todos esos mecanismos de seguridad fallan y el poder primitivo de la proliferación celular se libera.

Entre las causas conocidas que pueden provocar mutaciones genéticas capaces de contribuir al desarrollo de un cáncer, nos encontramos con causas genéticas, infecciosas, tabaco, dieta y contaminantes, las radiaciones ionizantes y la disminución de la inmunidad. Sin embargo, en la gran mayoría de los pacientes, ignoramos por completo la causa de su cáncer. En general podríamos decir que no son más que factores de riesgo. Siempre habrá personas con muchos factores de riesgo y una salud de hierro; y también personas a las que se les diagnostica un cáncer con gran sorpresa, porque carecían de factores de riesgo.

Según la Sociedad Española de Oncología Médica y en su última revisión (Febrero 2010): a) el cáncer es la segunda causa de muerte en España, b) la incidencia global prevista de cáncer para la población española en el año 2015 es de 222.069 (136.961 varones y 85.108

mujeres) siendo el tipo más frecuente el cáncer colorrectal, por delante, en términos globales, del cáncer de pulmón y el de mama, c) los datos de supervivencia global, y tanto en hombre como mujeres, indican tasas en España muy similares a los de la media europea y los países de nuestro entorno, d) el tumor que tiene más índices de supervivencia es el de testículo y el que tiene menos el de páncreas, e) la evolución de la supervivencia en España ha mejorado notablemente desde los años 90; y, c) actualmente la prevalencia del cáncer es de un millón y medio de personas.

Existen más de cuatro centenares de cánceres diferentes, si bien se pueden clasificar en cuatro grandes grupos: el de los carcinomas, el de los sarcomas, el de los cánceres de la sangre y el resto. Los más frecuentes son los *carcinomas* que nacen de los epitelios, es decir de la piel o de las mucosas que recubren todas las cavidades y conductos del cuerpo. Unos aparecen en la parte externa sometida al contacto y agresión de agentes externos (sol, tabaco, alcohol, agentes químicos...) y se les denomina carcinomas epidermoides y son los más frecuentes en tumores de piel, laringe, bronquios o pulmón, esófago, cavidad oral o cuello de útero...Otros nacen en el epitelio de las glándulas de secreción de cualquier órgano del cuerpo y se le denominan adenocarcinomas, y es ahí donde tienen su origen los carcinomas de mama, útero, ovario, próstata y muchos de tubo digestivo, como estómago, hígado, páncreas e intestino grueso. En segundo lugar están los *sarcomas*, menos frecuentes y que son los tumores que proceden de los tejidos de sostén, de la estructura del cuerpo, músculos, huesos, tendones, vasos sanguíneos. Los

cánceres de la sangre más conocidos son las leucemias y nacen en la médula ósea y es el lugar donde se producen las células de la sangre. Los linfomas son cánceres del sistema circulatorio, pero no del sanguíneo, sino del linfático. El mieloma también es una variedad de cáncer de la sangre. Por último existe un gran número de cánceres que aparecen a partir de otros tejidos que no son ni epitelios, ni el sistema musculoesquelético, ni la sangre. Los más comunes son los tumores del sistema central comprendido por el cerebro, el cerebelo y la médula espinal. Pero hay otros muchos como el melanoma, que nace de las células que fabrican el pigmento natural de la piel o los tumores germinales que son propios de los ovarios y los testículos, el retinoblastoma, el esteseoneuroblastoma...

Una vez confirmado el diagnóstico y la anatomía patológica, es necesario realizar un estudio de extensión que consiste en aplicar una serie de pruebas en función de la probabilidad de afectación de otros órganos. La capacidad de dar lugar a metástasis, es decir, la diseminación de las células cancerosas desde el tumor original hasta otros órganos, es lo que distingue al cáncer de cualquier otra enfermedad y, particularmente de los tumores benignos.

Las pruebas que habitualmente se solicitan son: las radiografías simples, TAC (tomografía axial computada), resonancia nuclear magnética (RM), ecografía, gammagrafía ósea o rastreo óseo, tomografía por emisión de positrones (PET), endoscopias y análisis de laboratorio. Con estas pruebas, será posible realizar el diagnóstico completo y clasificar la enfermedad según la etapa de evolución en que se encuentra el tumor y, en

consecuencia, planificar el tratamiento. La más utilizada es la clasificación TNM de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), que se refiere al Tumor, los Nódulos linfáticos y las Metástasis y divide el proceso de evolución tumoral en cuatro estadios: estadio I, Tumor inicial, localizado o precoz; estadio II, Tumor que afecta áreas próximas, dentro del mismo órgano; estadio III, Tumor que afecta ganglios o áreas próximas al órgano afecto y, estadio IV, tumor con metástasis a distancia. Otra clasificación que se distingue en los tumores es su grado de diferenciación o grado histológico. Hace referencia al aspecto que ofrecen las células bajo el microscopio. Cuando son de aspecto similar a las del órgano de donde proceden, se dice que son bien diferenciadas. Cuando han perdido el aspecto que sugiere su tejido de origen, se llaman indiferenciadas. También se les suele aplicar números de modo que un tumor bien diferenciado es un grado uno (G1) más lento en su evolución, menos dado a las metástasis y de mejor pronóstico. El grado dos (G2) es moderadamente diferenciado y el grado tres (G3) es poco diferenciado. El grado cuatro (G4) se refiere a un tumor indiferenciado, tanto que el patólogo no puede definir de qué órgano proviene. Este último es más agresivo y de peor pronóstico, aunque al tener más células en proceso de división es más sensible y suele responder de forma más espectacular a los tratamientos.

La tercera parte del proceso, siendo la primera y la segunda el diagnóstico y el estudio de extensión respectivamente, es la elección del tratamiento. Disponemos de tres elementos para el tratamiento de los tumores malignos. La *cirugía*, único tratamiento curativo

para los tumores sólidos, y la *radioterapia* son tratamientos destinados al control local y locorregional del tumor, mientras que la *quimioterapia* está dirigida al control de la enfermedad diseminada. A lo largo de la historia del tratamiento del cáncer, el papel de cada una de estas estrategias se ha ido modificando en función de los avances técnicos y, sobre todo, del desarrollo de nuevos quimioterápicos. La mejora de los efectos sobre el tumor que ello ha comportado ha llevado a diseñar modelos de tratamiento con estrategias que incluyen los tres elementos posibles. En cualquier caso, la cirugía será la primera intención de tratamiento curativo, aunque tiene también indicaciones paliativas en tumores avanzados para aliviar síntomas. La radioterapia ha ido perdiendo su papel como tratamiento único, aunque puede constituir un tratamiento radical curativo en algunos linfomas. Su papel más extendido es la complementación del control locorregional después de una cirugía con intención curativa y también la paliación. La quimioterapia no es un tratamiento curativo para los tumores sólidos, a excepción de algunos tumores germinales, y su papel es fundamentalmente complementario a la cirugía, para evitar la diseminación, o paliativo, cuando esta diseminación se ha producido. También se administra con la intención de reducir el volumen tumoral para facilitar una intervención quirúrgica. Puede ser curativa y constituir el único tratamiento en los tumores hematológicos (leucemias, mieloma y algunos linfomas). Veamos a continuación, un poco más detalladamente, cada uno de estos tratamientos.

Hasta el momento actual, la cirugía es el primer tratamiento y esencial ante un tumor maligno. Esta

técnica, tiene además propiedades diagnósticas, ya que uno de sus objetivos fundamentales es la confirmación histológica mediante la biopsia parcial o biopsia-exéresis del nódulo sospechoso. Por otro lado, se utiliza y en muchos casos, para extirpar la lesión. En las últimas décadas la cirugía radical, que supone la extirpación de amplias zonas de tejidos para limpiar todo el lecho quirúrgico, ha ido dando paso a técnicas quirúrgicas más minuciosas y sofisticadas, en las que se extirpan sólo áreas reducidas con pequeño margen de seguridad, con la conciencia de que si restan células tumorales microscópicas se eliminarán con los tratamientos postoperatorios. A este procedimiento se le denomina cirugía conservadora ya que preserva mejor la función del órgano y la forma anatómica, el ejemplo más evidente lo encontramos en la cirugía de mama. Las cirugías que más problemas psicosociales generan en el paciente son: la mastectomía (extirpación de una mama), colostomía (abocamiento del colon a la pared del abdomen), cirugía de cabeza y cuello (como la laringectomía y la traqueostomía) o la cirugía del aparato genitourinario (cistectomía o extirpación de la vejiga y la prostatectomía).

La radioterapia es un tratamiento local cuyo efecto se limita al área que se irradia. Existen dos clases de radioterapia: la externa y la braquiterapia o curieterapia. Cualquiera de las dos es curativa y hay que distinguirla de la radioterapia adyuvante, que es la que se aplica tras la cirugía para disminuir las probabilidades de recaída y de la radioterapia paliativa, que se emplea para mejorar los síntomas y retrasar el avance de la enfermedad

cuando el tumor está tan desarrollado que no es posible la cirugía.

La quimioterapia es un tratamiento sistémico y su papel es fundamentalmente complementario a la cirugía, neoadyuvante, para evitar la diseminación, o paliativo, cuando esta diseminación se ha producido. También se administra con la intención de reducir el volumen tumoral para facilitar una intervención quirúrgica. Puede ser curativa y constituir el único tratamiento en los tumores hematológicos (leucemias, mielomas y algunos linfomas). Las náuseas y vómitos, la neutropenia y la alopecia, son los efectos adversos más frecuentes y más temidos por los pacientes. Siendo la neutropenia (o disminución anormal de neutrófilos en la sangre) una de las principales causas de ingreso en el hospital, ya que éstos son una clase de glóbulos blancos y forman parte de las defensas del organismo contra las infecciones.

Teniendo en cuenta que el cáncer es una de las enfermedades que debido a sus especiales características no sólo altera los procesos psicológicos de aquel que la padece, es decir tiene una repercusión individual, sino que además provoca en la humanidad la necesidad de hacer desaparecer la enfermedad dado el estigma social que lo produce (Ibañez 2004) no es extraño que surgiera la psicooncología como un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas. Se trata de una disciplina dedicada a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos

eficaces y de calidad (Cruzado 2003). La psicooncología ha aparecido dentro de la oncología médica y cada vez es más evidente que en la oncología clínica ha habido un reconocimiento explícito de que para lograr el óptimo nivel de calidad en la atención al paciente de cáncer se ha de proporcionar una adecuada asistencia psicológica.

En palabras de Ibañez (2004) la atención integral del enfermo oncológico presupone la necesidad de investigación básica y aplicada en el campo de la oncología y áreas afines, la asistencia médica, psicológica y social no sólo del enfermo sino también de familiares y supervivientes, la educación para la salud de la población en general, con el fin de crear estilos de vida saludables que permitan disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad creadas por dicha enfermedad.

Las áreas de trabajo del psicooncólogo y siguiendo a Ibañez (2004) serían por tanto la epidemiología, la prevención primaria, la prevención secundaria, la asistencia sanitaria, la supervivencia y los cuidados paliativos y muerte. En primer lugar, porque el psicooncólogo puede realizar tareas de elaboración de encuestas que nos permitan tener un mejor conocimiento no sólo de las tasas de morbilidad y mortalidad por la enfermedad, sino también de los estilos de vida relacionados con la misma y de los problemas psicológicos que ésta entraña. En cuanto a la prevención primaria, el conocimiento y modificación de los factores de riesgo permiten diseñar estrategias que no sólo minimicen sus consecuencias sino que nos ayuden, al mismo tiempo, a disminuir las tasas de prevalencia e incidencia del cáncer. En este sentido, la aportación del psicólogo iría dirigida a a) modificar los estilos de vida

perjudiciales, primero realizando una Educación para la Salud instruyendo o formado a aquellas personas que bien presentan estilos de vida no saludables o bien que desean modificar sus hábitos de vida por otros más sanos, b) cómo proporcionar información a la población en general y a la de alto riesgo en particular, y c) la intervención psicológica que permita tanto el tratamiento de forma efectiva, del alcoholismo, el tabaquismo, la obesidad, etc. como la promoción de hábitos de vida saludables.

La Prevención Secundaria del cáncer implica, entre otros temas, a la detección precoz del mismo, tal es el caso del cáncer de mama, cérvix, próstata, colon y melanoma. Ello significa tanto la realización de campañas de información sobre unos segmentos determinados de la población como la ejecución de una serie de pruebas. Algunos problemas de índole psicológica que pueden plantearse en esta área están relacionados con los temas de campañas de información, como las razones para no acudir a las mismas, falsos positivos, información sobre el diagnóstico en el caso de aquellas personas en las que se confirme la existencia de un cáncer y el tiempo de espera desde el diagnóstico y el inicio de los tratamientos.

En cuanto a la Asistencia Sanitaria, las tareas psicológicas que en opinión de la autora parecen más importantes en estos momentos, no están encaminadas solamente a detectar la existencia de problemas psicológicos o no en el enfermo, sino también a valorar las estrategias de afrontamiento que puede utilizar ante la enfermedad y la calidad de vida que tendrá con la enfermedad, y sin obviar el tema de la última fase de la

enfermedad y la muerte en el que las tareas del psicólogo consisten en ayudar a la persona a superar el sentimiento de pérdida, tanto en el enfermo como en familiares, y que suele aparecer ante el proceso de muerte.

En el Periodo de Supervivencia o intervalo libre de enfermedad, el psicooncologo puede ayudar al enfermo a abordar el síndrome de la espada de Damocles o el miedo a volver a tener cáncer, sin embargo, las secuelas de la enfermedad es probable que nunca desaparezcan por completo. Por un lado, se trata de aprender a vivir con el temor a una posible recaída pero en un número cada vez mayor de supervivientes, no sólo consigue vivir con esta “espada” sino que logra incorporar e integrar en su día a día una nueva percepción o estilo de vida más saludable y más lleno de satisfacción y bienestar por haber superado una enfermedad que podía haber sido mortal y que le ha ofrecido la oportunidad de cambiar y mejorar su vida.

2.2. ASPECTOS PSICOLOGICOS

Cualquier profesional que se quiera dedicar a estudiar o intervenir psicológicamente al enfermo de cáncer va a necesitar primero profundizar en las atribuciones y las creencias que tenga dicho individuo de su enfermedad. Pero no sólo eso, por ejemplo, también se sabe que las creencias, en este caso de salud, pueden limitar o favorecer el que las personas acudan a chequeos o cribados preventivos de cáncer (Andreu y cols., 2007; Durá y cols., 2004) ya que la probabilidad de que una persona adopte una conducta de salud dependerá de lo vulnerable que se perciba ante la enfermedad. Por tanto, las creencias de causalidad, control percibido, vulnerabilidad, culpa o stigma entre otras, están muy relacionadas con la adaptación y el afrontamiento a la enfermedad, como veremos a continuación. De hecho, muchos autores encuentran dificultades a la hora de establecer límites entre valoración y afrontamiento, es por ello que nosotros intentaremos presentar los trabajos más relevantes y más recientes respecto a estos dos conceptos, entendiendo por valoración lo que el individuo piensa o valora respecto a la situación problemática, es decir, el cáncer; y, por afrontamiento, lo que el paciente hace para resolver o minimizar el impacto o malestar que le produce la enfermedad. Veamos entonces cada una de estas dos partes por separado.

2.2.1 ATRIBUCIONES Y CREENCIAS

La teoría de la atribución plantea que los seres humanos tienen la necesidad de entender, dar significado o encontrar una causa a los sucesos vitales. También sugiere que las atribuciones causales suponen una parte importante en el modo en que la persona entiende el mundo, por lo tanto, son determinantes en su interacción con ese mundo. Los pacientes no solo desarrollan hipótesis sobre las posibles causas de su enfermedad sino que también desarrollan creencias sobre si pueden ejercer control sobre ella o no, es decir, creencias acerca de si pueden influir en la progresión de la enfermedad, en la posibilidad de recaída o en el grado de influencia que el médico o el tratamiento puede ejercer sobre ella. Revisando la literatura científica de la última década en relación a atribuciones, creencias y cáncer podríamos decir que la mayoría de los estudios toman como referencia alguno de los dos grandes cuerpos teóricos siguientes: por un lado, el modelo de autoregulación de Leventhal et al. (1984) posteriormente llamado Modelo Cognitivo de Sentido Común y por otro, la Teoría de la adaptación de Taylor (1983) focalizados en estudiar las relaciones existentes entre atribuciones (búsqueda de significado), creencias de control y cáncer.

El Modelo Cognitivo de Sentido Común propone que los individuos crean representaciones mentales de su enfermedad en base a sus diferentes fuentes de información tanto concreta como abstracta con el objeto de dar sentido al problema y poder manejarlo. Es por tanto, la interpretación de esta información lo que

constituye el primer paso en el proceso de búsqueda de ayuda y en la adopción de una determinada estrategia de afrontamiento. Según Leventhal, cualquier representación de la enfermedad va a estar basada en tres diferentes tipos de información: a) la información general, es decir, acumulada en la memoria de la persona no experta o lego en el tema, b) información procedente de su entorno social (las personas más cercanas a ella o las fuentes de autoridad como el médico o los padres) y c) su experiencia actual con la enfermedad, es decir, la información somática o sintomática basada en la percepción actual o en la experiencia pasada con respecto a la enfermedad (también son importantes aquí el hecho de si fue efectivo su afrontamiento en el pasado, su estilo de personalidad y su bagaje cultural).

Estas diferentes fuentes de información contribuyen a dar sentido o a la representación mental en un proceso a dos niveles. Es decir, el proceso de elaboración de la representación es simétrico, en el cual, las relaciones se establecen entre fuentes de información abstractas y concretas. Por ejemplo, si un individuo tiene síntomas o información somática buscará información abstracta para identificar esos síntomas con un diagnóstico o etiqueta. Lo que a su vez hará que la persona elabore una representación mental de su enfermedad de acuerdo a esa etiqueta abstracta. Este esquema o representación mental está a su vez basado en su evidencia concreta, lo que le hará buscar síntomas físicos concretos relacionados con la enfermedad. El autor sugiere que esta especie de regla de simetría que une síntomas con diagnóstico es automática e intuitiva.

Leventhal clasifica los componentes cognitivos de la enfermedad en cinco categorías: *Identidad* (la etiqueta con la que la persona representa la enfermedad y los síntomas asociados a dicha etiqueta), *Causa* (los factores que cree son los responsables de la aparición de la enfermedad), *Consecuencias graves* (la evaluación que hace del impacto que la enfermedad tendrá sobre su vida), *Tiempo* (su percepción de la duración), *Control* (evaluación acerca de si dispone de estrategias efectivas para manejar o curar la enfermedad, pudiendo ser control personal si considera que tiene habilidades personales para controlar la enfermedad, o control del tratamiento, la creencia acerca de la eficacia del tratamiento). El componente o la representación emocional hacen referencia a la evaluación que el individuo hace del impacto emocional de la enfermedad.

El modelo de Sentido Común es un modelo de procesamiento paralelo que plantea que las personas realizan simultáneamente representaciones cognitivas y emocionales de su enfermedad. Por lo tanto, la representación de la enfermedad no solo estará formada por los componentes cognitivos, sino también por sus representaciones emocionales, las cuales serán determinantes importantes de sus consecuencias emocionales. La figura 1 muestra el modelo de forma esquemática.

Las dimensiones del modelo correlacionan entre ellas de forma significativa y consistente (Heijmans 1998,1999; Heijmans & de Ridder 1998,1999) pero no se puede decir que se solapan en términos conceptuales. En estos estudios previos, simplemente las correlaciones mostraron un patrón de relación lógico. Por ejemplo, la

identidad se relacionaba negativamente con la dimensión de control/cura pero positivamente con las creencias sobre la cronicidad y las consecuencias graves de la enfermedad. Esto sugiere que los enfermos que consideran su enfermedad muy sintomática y por tanto con una fuerte identidad de enfermedad percibirían su enfermedad menos controlable, crónica y con graves consecuencias para su estilo de vida. De forma análoga los pacientes que piensan tienen un alto control sobre su enfermedad, percibirían su enfermedad menos crónica y con escasas consecuencias serias.

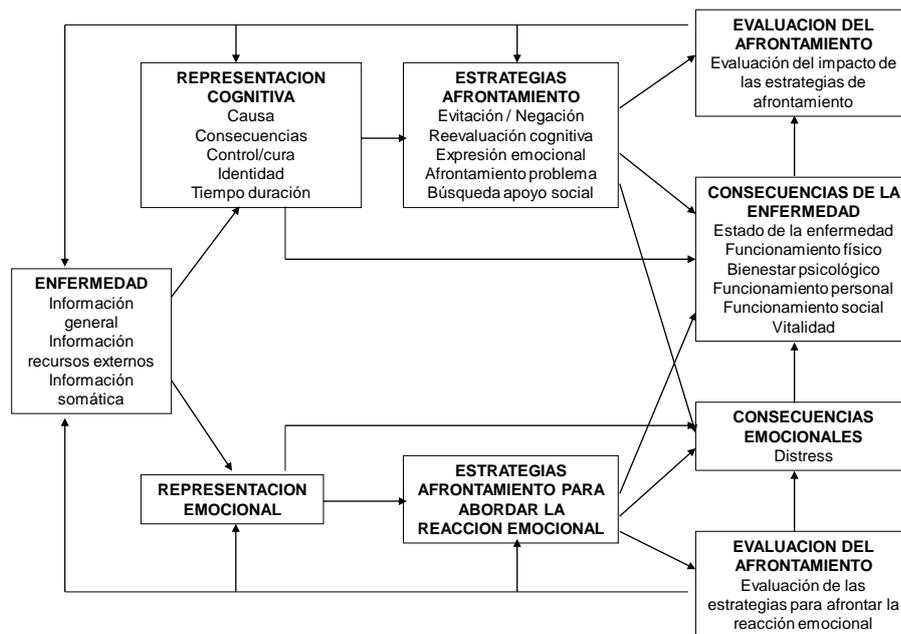


Figura 1: Modelo de sentido común de la enfermedad de Leventhal et al (1980)

El Modelo de Sentido Común afirma que existe una relación directa entre las dimensiones cognitivas de la enfermedad y el afrontamiento y entre las representaciones mentales y las consecuencias sobre la enfermedad. Leventhal et al (1980) proponen que la

representación de la enfermedad actúa como un filtro de las diferentes fuentes de información y cómo ésta conduce a la respuesta a la amenaza. El modelo sugiere que la relación es causal, es decir, la cognición de la enfermedad provocará un efecto sobre la respuesta de afrontamiento que será proporcional al grado de severidad percibida, la cual dependerá de la representación que haya hecho a partir de la información de la que dispone. Como vemos en la figura 1, las representaciones mentales determinan las respuestas de afrontamiento, pero a su vez éstas influyen en las consecuencias de la enfermedad.

Aunque el modelo de Leventhal había sido validado en muestras de enfermos de diversas patologías como esclerosis múltiple, enfermedad de Addison, síndrome de fatiga crónica y colon irritable (Rutter y Rutter, 2002; Vaughan et al, 2003; Heijman, 1998, 1999). Hagger y Orbell (2003) realizan una revisión meta-analítica del modelo con el objeto de examinar su validez y fiabilidad y estudiar en los diferentes trabajos utilizados las relaciones entre las representaciones de la enfermedad, las conductas de afrontamiento y los resultados de la enfermedad. Los autores apuntan una relación consistente y negativa entre la dimensión control sobre curación y las dimensiones de consecuencias, identidad y tiempo de duración. Y contrariamente se encontraron relaciones positivas entre las dimensiones de consecuencias, identidad y tiempo de duración. Respecto a la influencia de las estrategias de afrontamiento, las creencias en las consecuencias graves de la enfermedad y una alta identidad de enfermedad se relacionaron positivamente con la

expresión emocional y la evitación/negación, mientras que la dimensión control de la curación correlacionaba positivamente con la re-evaluación cognitiva, con el afrontamiento centrado en el problema y con la búsqueda de apoyo social. Los resultados muestran, por lo tanto, que el control percibido está relacionado con un afrontamiento activo y con la re-evaluación cognitiva, con lo que los autores sugieren que esto resulta lógico teniendo en cuenta que las conductas de auto-cuidado se utilizan para aliviar los síntomas y la amenaza de la enfermedad siempre y cuando se perciben como eficaces y fáciles de llevar a cabo. Por otro lado, la identidad correlacionó con evitación y expresión emocional, estrategias que podrían considerarse desadaptativas, especialmente la negación y sorprendentemente la búsqueda de apoyo social tuvo escasa relación con las dimensiones cognitivas. En opinión de Hagger y Orbell es posible que la búsqueda de apoyo social sea una estrategia de afrontamiento determinada por otras representaciones mentales o contexto social o bien que la explicación se encuentre en la forma en que fue medida la variable, realizando excesivas generalizaciones. Tampoco se tiene en cuenta los diferentes tipos de apoyo social.

Respecto a las correlaciones entre las representaciones mentales y los resultados de la enfermedad Hagger y Orbell (2003) deducen las siguientes conclusiones: las creencias en las consecuencias graves de la enfermedad, una alta identidad de la enfermedad y una percepción de larga duración correlacionaron negativamente con un ajuste adaptativo a la enfermedad, es decir, con bienestar psicológico, funcionamiento personal y social y vitalidad y

positivamente con distress psicológico. Así mismo, un alto control percibido sobre la enfermedad correlacionaba positivamente y de forma significativa con bienestar psicológico y vitalidad.

El modelo de Sentido Común también ha sido aplicado a pacientes con cáncer de mama (Rozema et al. 2009) donde se ha demostrado que las dimensiones cognitivas y emocionales correlacionaban muy positivamente unas con otras a excepción de control personal y control de tratamiento. Pero lo más relevante del estudio fue el hecho de que las representaciones mentales sobre la enfermedad tenían una relación más consistente y más fuerte con la salud que con las estrategias de afrontamiento. Los resultados mostraron que los componentes cognitivos (identidad, consecuencias, tiempo y control) y el emocional correlacionaban tanto con la salud mental como la física tal y como predecía el modelo, sin embargo, las estrategias de afrontamiento no aportaron nada respecto a esto mismo. En este sentido, no fueron las estrategias de afrontamiento sino las representaciones cognitivas de identidad y consecuencias graves las que daban la clave a la hora de explicar su estado de salud. Además, las representaciones emocionales y la dimensión cognitiva de control de tratamiento, en conjunto, son variables importantes que influyen en la explicación del estado mental de la persona. Los autores del trabajo reconocen la importancia de estudiar y conocer las representaciones mentales de los enfermos diagnosticados de cáncer ya que pueden aportar mucha información en la intervención psicológica. Por ejemplo, el cambiar las expectativas negativas de las mujeres con cáncer de mama respecto

a sus síntomas y las consecuencias derivadas de ella pueden mejorar mucho su bienestar físico y mental.

Trabajos previos (Carver et al , 2000; Henderson y Donatelle, 2003)) ya habían demostrado que un alto control personal puede reducir el estrés en mujeres con cáncer de mama, ya que potencia las estrategias de afrontamiento efectivas, influye en el modo en que la situación es percibida y potencia atribuciones positivas acerca del papel de la propia persona en limitar el impacto negativo de la enfermedad. Henselmans et al (2009), en un trabajo reciente, se plantean demostrar por un lado, si el control percibido se ve afectado por los diferentes estresores a los que se somete una mujer con cáncer de mama y, por otro, si la sensación de control regula también el impacto de la enfermedad. En su trabajo, establecen tres grupos; mujeres sanas (n=58), pacientes con cáncer de mama no sometidas a quimioterapia (n=47) y pacientes con cáncer de mama tratadas con quimioterapia (n=32), siendo las variables medidas control personal y distres psicológico. Ambas medidas se tuvieron en cuenta a los 3, 9 y 15 meses del diagnóstico. Pues bien, los resultados fueron que sólo las pacientes tratadas con quimioterapia, que supuestamente se enfrentaban a un tratamiento largo y a un pronóstico más incierto, presentaban niveles más bajos de control personal que el grupo de mujeres sanas. Aunque se comprobó que el control correlacionaba con niveles bajos de distres, los resultados apoyan poco la hipótesis de que el control pueda reducir el estrés. A los tres meses del diagnóstico, el control personal predecía una disminución del distrés sólo en las pacientes tratadas con quimioterapia. Estas mujeres, se beneficiaban más de la sensación de control sobre la

vida en general, que las mujeres sanas a los 9 meses del diagnóstico. Hay que resaltar que es justo en esta etapa de la enfermedad, al terminar con el tratamiento, cuando le resulta más difícil a este grupo mantener la sensación de control. Los autores sugieren que las pacientes abandonan las visitas sistematizadas y frecuentes al hospital y tienen que volver más que nunca a retomar la vida diaria, pasando la enfermedad a un segundo plano. Es el momento de reflexionar sobre la experiencia del cáncer y hacer frente al riesgo de una posible recaída. La sensación de control es un recurso personal válido pero amenazante en esta fase.

Henselmans y colaboradores (2009) concluyen que no es el diagnóstico de cáncer de mama, sino el tratamiento administrado y probablemente los aspectos relacionados con el pronóstico lo que define la experiencia estresante, aunque dejan también algunas preguntas abiertas. Plantean por qué el control personal es adaptativo y cómo se mantiene, sugiriendo así mismo que futuros estudios deberían explorar cuales son los mediadores cognitivos y conductuales en la relación entre el control y el distres, como por ejemplo las decisiones con respecto al tratamiento o la autoeficacia en el afrontamiento al cáncer. Lanzan también la necesidad de descubrir las estrategias que utilizan las personas para mantener el control personal, apuntando que quizás los pacientes que presentan control son aquellos que son capaces de centrar su atención en otros aspectos que no sean la enfermedad incontrolable y focalizarse en aquellos otros que todavía dependen de su control personal, como el recoger información o reducir el impacto de la enfermedad en la vida diaria.

Terminan sugiriendo que quizás simplemente aumentando los aspectos de la vida que todavía estén bajo su control, como las relaciones más cercanas o la espiritualidad, las mujeres pueden mantener una sensación de control a lo largo de sus vidas. Cuando el distres se da después del diagnóstico, puede aliviar el que la paciente re-estructure o abandone metas inalcanzables para en lugar de ello identificar aquellas áreas en las que todavía están sujetas a control personal.

El control percibido es una de las variables de la atribución más estudiadas en el campo de la psicooncología junto con la atribución de causalidad. Se trata del grado en que el individuo asume que puede controlar los acontecimientos y las situaciones importantes. Aquí, el control personal hace referencia a la creencia de que la vida no está regida por el destino, sino que el individuo es capaz de influir en los acontecimientos o situaciones vitales de la vida. Esta creencia está relacionada de forma consistente con diversos resultados positivos, como el riesgo menor de enfermedad y un mejor ajuste a la misma. Aunque el sentido de control está modulado por la personalidad, las situaciones desbordantes aversivas, como el hecho de padecer un cáncer, desafían la sensación de control. De hecho, es precisamente ante una situación negativa y desbordante cuando el control personal puede constituir un recurso para disminuir el estrés.

Una de las razones por las que se han estudiado las creencias y atribuciones fundamentalmente en los supervivientes de cáncer es porque se ha comprobado que influyen directamente en la práctica de conductas de

salud y también porque pueden ayudar a la salud pública a crear programas de información sobre las causas del cáncer y cómo reducir las conductas de riesgo. Las creencias respecto a una enfermedad dada pueden determinar el que un individuo haga algo para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad o para minimizar el riesgo asociado con la progresión o recaída de la enfermedad. En este sentido, existen algunos aunque no muchos trabajos dirigidos a estudiar la posible relación entre la historia personal o familiar de cáncer y las atribuciones causales, posiblemente la razón a la escasez de estudios sea en general los pocos resultados concluyentes, uno de los intereses principales ha sido por los datos que han aportado al campo del estudio genético. Puesto que tanto la experiencia personal como la vicaria con respecto a una enfermedad determinada pueden influir en sus representaciones mentales o en sus atribuciones, cabría esperar que la historia personal o familiar de cáncer esté relacionada con las creencias sobre el cáncer.. Nos encontramos con dos estudios que abordan la posible relación entre atribuciones en cáncer e historia personal o familiar de cáncer (Lykins et al. 2008 y Kasparian et al. 2008).

En el primero de ellos, partiendo de una muestra general de 6369 personas de las cuales 763 presentaban algún tipo de neoplasia (cualquier diagnóstico aunque mayoritariamente ginecológico, mama y piel) los resultados obtenidos sugieren que la historia familiar de cáncer tiene mayor relación con las creencias de causa que los pacientes sólo con historia personal. De hecho, los supervivientes de cáncer muestran menores atribuciones causales que aquellos que no presentaban

historia personal de enfermedad (Linn, 1982; Anagnostopoulos y Spanea, 2005). Es más, aquellos con una historia familiar de cáncer tenían más probabilidad de reconocer el impacto potencial de causas, especialmente de control, respecto al cáncer, que aquellos que no habían padecido un cáncer. La creencia de que uno puede realizar cambios conductuales en el momento actual para prevenir el cáncer en un futuro puede ayudar a los que tienen algún familiar con cáncer a reducir cualquier ansiedad asociada a la fuerte creencia de que su historia familiar les hace estar en riesgo de padecer la enfermedad. En opinión de Lykins y colaboradores este estudio tiene doble significado; por un lado conceptual, ya que demuestra la influencia de la experiencia personal y vicaria en el desarrollo de las representaciones causales de la enfermedad y, por otro, clínico, porque sugieren diferencias entre las personas con historia personal y familiar de cáncer respecto al tipo de información e intervención para conseguir conductas que reduzcan el riesgo de enfermedad. Dado que las atribuciones causales pueden influir en las conductas de salud, la ausencia de fuertes creencias de causalidad respecto al cáncer en los supervivientes puede reducir la posibilidad de que se involucren espontáneamente en conductas apropiadas de reducción del riesgo de cáncer. A su vez, la ausencia de creencias causales en los supervivientes puede potenciar la necesidad de intervenir para aumentar también las conductas de reducción del riesgo. Después de todo, es más fácil inculcar creencias causales adecuadas sobre el cáncer cuando no existen creencias previas que cuando ya existen con anterioridad. Además, aquellos con una historia familiar

parecen mantener más la idea de que los factores controlables pueden producir cáncer.

El grupo australiano de Kasparian y colaboradores (2008) presenta un trabajo con el que intentan describir cómo se percibe el melanoma en Australia, explorar las posibles diferencias respecto a las creencias entre pacientes con historia personal y familiar de melanoma y analizar también las diferencias con respecto a la idea de someterse a estudio genético. La muestra estaba compuesta por 40 personas que se clasificaron en cuatro grupos: pacientes tanto con historia familiar como personal de melanoma (grupo 1), personas que no presentaban historia personal pero sí familiar de melanoma (grupo 2), pacientes con historia personal pero no familiar de melanoma (grupo 3), y por último, personas que ni tenían diagnóstico de melanoma ni historia familiar (grupo 4). En general la palabra melanoma evocaba una amplia muestra de asociaciones basadas fundamentalmente en alguna experiencia pasada relacionada con la enfermedad. Más de la mitad de los que pretendían entrar en un estudio genético identificaban el melanoma con pérdida o con sufrimiento de la familia o de los amigos. Más aún, únicamente aquellos pendientes de estudio genético relacionaron la enfermedad con miedo y shock. A pesar de que se trata de un estudio cualitativo que obliga a evitar en gran medida las generalizaciones, los resultados se pueden resumir de la siguiente manera: únicamente una cuarta parte de los participantes con historia familiar se consideraban con un riesgo medio de padecer la enfermedad. Kasparian et al. sugieren que esta percepción del riesgo no constituiría una negación de los

factores genéticos, sino la creencia de que los individuos pueden cambiar los efectos de la genética mediante un chequeo regular. Por ejemplo, aquellos con mayor riesgo percibido podrían elegir iniciar conductas preventivas. Conforme fuera transcurriendo el tiempo, al ir poniéndolas en práctica se podrían considerar con menor riesgo que los que no realizaran prevención y por tanto, relajarse en la vigilancia.

En otro estudio con supervivientes de cáncer y familiares intentan responder a la cuestión de por qué unos se motivan para realizar cambios en su estilo de vida a más saludables y otros no. Hay cierta evidencia de que las creencias de causa y controlabilidad afectan a la conducta de las supervivientes de cáncer de mama para prevenir la recaída y también para prevenir la aparición del cáncer de mama en sus familiares. Rabin & Pinto (2006) en un estudio con pacientes con cáncer de mama y familiares intentan poner a prueba el Modelo de Sentido Común de Leventhal que predice cambios en la conducta de salud después de un diagnóstico de cáncer. Los resultados demostraron que las supervivientes aumentaban sus conductas positivas de salud si identificaban una conducta negativa como causa del cáncer o bien si adoptaban una conducta que podía prevenir la recaída. Claramente, y de acuerdo con el modelo de Leventhal, en este estudio las supervivientes de cáncer de mama adoptaban una actitud activa de solución de problemas para prevenir una futura recaída de cáncer, desarrollaban su propia representación de la enfermedad y de acuerdo a ellas llevaban a cabo conductas preventivas. Pero la diferencia más significativa se encontró en la relación entre las creencias de cáncer y la dieta; y más concretamente, entre la

creencia de causa y el cambio en la conducta con respecto a la dieta. La creencia de que comer sano (fruta, verdura, alimentos pobres en grasa y ricos en fibra) puede prevenir el cáncer, correlacionaba con el cambio en la conducta alimentaria a los 3 y a los 6 meses de la evaluación. Una posible explicación que dan Rabin y Pinto a este dato es que quizás las pacientes durante el tratamiento de quimioterapia se vean obligadas a cambiar temporalmente sus hábitos alimentarios y lo más seguro es que dichos cambios se mantuvieran durante los meses posteriores al tratamiento. Aunque también se encontraron diferencias significativas con respecto a la conducta de ingesta de alcohol, debido a la escasa muestra de familiares no fue posible encontrar correlaciones con este grupo.

Queda totalmente demostrado que el control percibido es una potente variable predictora del bienestar y ajuste psicológico del paciente de cáncer. Para Báñez y colaboradores (2009) el control percibido es una variable que engloba tres aspectos: auto-eficacia, estrategias activas de afrontamiento y creencias individuales sobre el control que éste puede ejercer sobre la situación. Aún más, añaden que la alta correlación que encuentran entre “control percibido” y “pérdida de adaptación” en su estudio con enfermas de cáncer de mama indicaría que no se trata de diferentes constructos. Sin embargo, Beckjord et al, (2009) no opinan lo mismo. Según ellos, la relación entre control percibido y ajuste al cáncer es mucho más compleja que la mera equiparación de un alto control percibido con un mejor ajuste y un bajo control percibido con un pobre ajuste. Estos autores distinguen dos categorías en el control percibido que son

relevantes para entender el ajuste en el cáncer de mama: locus de control percibido (es el recurso de control percibido sobre los cambios o resultados en una situación médica) y focus de control percibido (el control percibido sobre las consecuencias físicas o psicosociales de una enfermedad). Por ello, el focus de control percibido es una variable multidimensional ya que incluye el manejo de las reacciones emocionales, la recuperación física y las decisiones médicas. Por lo tanto, los aspectos multidimensionales del focus de control percibido pueden ofrecer una comprensión mayor y más específica de cómo el control percibido influye en el ajuste y así poder dirigir mejor las futura intervención psicosocial en el paciente.

Como decíamos al principio, la segunda línea importante de donde arrancan muchos de los trabajos sobre atribuciones y cáncer es el llevado a cabo por Taylor et al. (1984) con pacientes con cáncer de mama. Esta autora desarrolla un modelo de adaptación a los eventos amenazantes basado en tres aspectos: 1) La búsqueda de significado del evento amenazante y de la nueva situación; 2) El intento de recuperar el dominio sobre dicho acontecimiento, otros similares o sobre la vida misma; y, 3) El esfuerzo por mejorar la autoestima.

Taylor et al., (1984) demuestran en su trabajo que las pacientes realmente hacen atribuciones a su enfermedad, sin embargo, lo que no es relevante es el momento en el que se hacen dichas atribuciones. Para algunas mujeres las atribuciones que realizan y que les genera un mejor ajuste lo realizan durante la recuperación o incluso período posterior. Una posible explicación a esto es que al inicio de la enfermedad, la

paciente dedica todo su tiempo y esfuerzo a los aspectos más relacionados con los cuidados médicos (como la decisión del tipo de cirugía) y a las reacciones emocionales (negación e ira). Quizás es necesario que vayan remitiendo estos miedos y preocupaciones antes de que dispongan de tiempo para prestar atención a las atribuciones causales. Curiosamente sólo una minoría de las pacientes refirieron alguna atribución como relevante o significativa, lo que resulta en parte contradictorio.

Pero todavía fue más sorprendente el hecho de que no hubo relación entre una determinada atribución y un buen funcionamiento psicológico. Concretamente las atribuciones como responsabilidad de uno mismo, el ambiente o la suerte no mostró ninguna relación con ajuste emocional. Tan solo el culpar a otra persona correlacionó significativamente con un pobre ajuste lo que a su vez podría ser debido a la ira o a un distrés no resuelto. Sin embargo, en el estudio no se pudo demostrar que la auto-culpa pudiera predecir un buen o un mal ajuste, por lo que las autoras sugieren, que la auto-culpa al menos con respecto a algunos acontecimientos negativos no es ni adaptativa ni desadaptativa.

Pero ¿por qué las atribuciones no se relacionan en general con el ajuste? Se preguntan Taylor y sus colaboradoras. Pues bien, en primer lugar, es posible que el significado psicológico de las atribuciones en una persona, podría estar diluido por su historia personal, como la trayectoria vital, las creencias sobre uno mismo, los apegos y las creencias más existenciales (Brennan, 2001), además de su grado de conocimiento sobre el

tema. En segundo lugar, otra posible explicación es que quizás las atribuciones no sirvan para explicar lo que en realidad pretenden explicar. Puede que en lugar de atribuciones causales se trate de cogniciones, concretamente la percepción de control.

Esta autora entiende que los esfuerzos para resolver estas cuestiones se basan en la habilidad del sujeto para formar y mantener conjuntos de ilusiones, esto es, de creencias que pueden no coincidir con la realidad. La búsqueda de significado hace referencia a la búsqueda de causas a la base de ese acontecimiento con objeto de entender, predecir y controlar el ambiente; esto es, los seres humanos tienden a hacer atribuciones causales para los eventos significativos. Taylor plantea a la vista de sus datos con pacientes de cáncer de mama que lo que influye en la adaptación no es tanto el tipo o contenido de la atribución sino el hecho de tener un suceso u objeto al que atribuir el acontecimiento problemático. Aunque se desconocen las causas del cáncer y más aún, las causas del cáncer de una persona en concreto, el 95% de las pacientes en el estudio que llevan a cabo ofrecían alguna explicación de por qué habían llegado a desarrollar cáncer. A excepción de la herencia, las causas que argumentaban eran circunstancias que ya no estaban presentes o controlables, con lo que se deduce que la búsqueda de significado y los intentos por recuperar el dominio no son fenómenos independientes.

Ninguna atribución específica (dieta, estrés, píldoras anticonceptivas, etc) se asociaba de un modo más estrecho con el grado de adaptación, de modo que las atribuciones parecen ser intercambiables

funcionalmente, es decir, el hecho de hacer la atribución es lo que se asocia a mejor adaptación. Pero la búsqueda de significado implica también emitir un juicio sobre las implicaciones del evento a nivel vital. En palabras de Taylor, la búsqueda de significado implica también el dar un sentido nuevo a una situación nueva, a la vida misma, lo que puede implicar un cambio de valores y de prioridades. Más del 50% de las pacientes de su muestra informaban de que la experiencia de haber sufrido cáncer les había llevado a reevaluar su vida, siendo el resultado más habitual un cambio de prioridades vitales. Las pacientes que habían podido construir un sentido positivo de la vida a partir de su enfermedad presentaban un ajuste psicológico significativamente mejor que el de las que no lo habían hecho.

Según la autora, un acontecimiento amenazante repentino puede influir negativamente la sensación de control sobre el ambiente. En su muestra de pacientes de cáncer de mama la relación entre control percibido y ajuste fue muy alta, ya que dos tercios de los sujetos consideraban que podían ejercer al menos algún control sobre el curso o la posible recaída de su enfermedad y el 37% pensaban que tenían mucho control. Del tercio de pacientes que pensaban que no tenían control sobre el curso de su enfermedad, algunas creían que sin embargo, el médico sí tenía ese control. Tanto las creencias sobre control como las de que el médico podía controlar la enfermedad se asociaban de un modo significativo con el ajuste psicológico general, y si estaban presentes ambos tipos de creencias (uno mismo y el médico) el ajuste era mejor.

Las pacientes apoyaban su sensación de control en creencias sobre el efecto de los esfuerzos mentales de control (en forma de actitud positiva o de visualización) y en el mismo proceso atribucional en tanto que la supuesta causa de la enfermedad ya no estuviera presente o fuera controlable (dieta, tabaco, etc..) Para Taylor, los intentos por recuperar la sensación de control se ponen de manifiesto en algunos esfuerzos conductuales directos como controlar la dieta (49% de su muestra), hacer ejercicio o dejar de tomar anticonceptivos; la autora también entiende que asumir control sobre otros aspectos de la enfermedad como participar en la toma de decisiones, la búsqueda de información o tratar de controlar los efectos adversos de los tratamientos representan también intentos por recuperar esa sensación de control.

En opinión de la investigadora, los acontecimientos amenazantes aunque dependan de causas externas y no controlables tienden a disminuir la auto-estima y el sujeto se auto-devalúa. El proceso de autoapreciación a menudo tiene a su base mecanismos de comparación social, ya que los sujetos tienden a compararse con quienes se encuentran peor. Prácticamente todas las pacientes de su muestra de cáncer de mama pensaban que lo estaban haciendo igual o mejor que otras mujeres que afrontaban el mismo problema. En este proceso, no solo cuenta con quien se compara el sujeto, sino también sobre qué dimensión hace la comparación: las pacientes seleccionaban para la comparación aquella dimensión en la que presentaban ventajas. La paciente con cirugía conservadora se consideraba más afortunada que la mastectomizada por conservar el pecho; la mastectomizada sin embargo,

entendía que así estaba más tranquila que la paciente tumorectomizada; la mujer anciana entendía que en su caso la pérdida del pecho carecía de importancia y se compadecía de las pacientes más jóvenes; la paciente joven casada compadecía a la soltera; incluso las pacientes que se encontraban peor físicamente se comparaban con las que estaban muriendo o presentaban más síntomas.

La autora señala que lo importante no es el contenido específico de la atribución, ni las creencias o actividades en las que se basen la sensación de control, ni en qué dimensiones se lleve a cabo la comparación social, sino que lo verdaderamente relevante para una buena adaptación es el hecho de que se den estos tres tipos de procesos cognitivos. En resumen, es más importante para los enfermos manejar las reacciones emocionales y los síntomas físicos que surgen día a día que controlar el curso de la enfermedad (Thompson et al., 1993)

El trabajo de Taylor y su equipo, también pudo analizar el impacto de los diferentes tipos de control sobre el ajuste. El control cognitivo, considerándolo como el beneficio obtenido de la experiencia predecía el ajuste de forma significativa, pero sólo si no es posible ejercer un control directo sobre la enfermedad, hecho que según las autoras ya había sido apuntado por Rothbaum et al., (1981). El control sobre la información, considerado como la búsqueda de información, no mostró relación con el ajuste. Es posible que leer demasiada información sobre el cáncer produzca más miedo a la recaída en los pacientes, por el hecho de tener la preocupación mucho tiempo en la cabeza y no proporcionarles un control

directo sobre la enfermedad. El control sobre la conducta, operativizado como los cambios realizados en las conductas de salud desde el cáncer, tuvo resultados ambigüos sobre el ajuste. El aumento en el ejercicio físico y el tiempo libre tuvo relación con un ajuste positivo, mientras que los cambios en la dieta y el manejo del estrés, no la tuvo. Por lo que no se pueden sacar conclusiones sobre la eficacia del control sobre la conducta.

Para reconciliar los resultados de su estudio con los que previamente se habían encontrado sobre la relación entre atribuciones y ajuste, Taylor y su equipo sugieren lo siguiente. Para un acontecimiento cualquiera con el que no se pueda hacer nada, pero que tampoco tenga posibilidad de recurrencia (p.e., daño en espina dorsal) las atribuciones pueden suponer una forma importante de encontrar significado y sensación de control; sin embargo, para una amenaza duradera como es el cáncer; el encontrar las razones por las que ha ocurrido puede ser menos importante que encontrar la manera de modificar en el momento actual el curso de la misma. Aunque exista una fuerte motivación o necesidad de significado y control, las cogniciones específicas por las que tienen lugar, pueden variar dependiendo de las variables de la situación (Taylor, 1983). Si una persona intenta conseguir control y falla en el objetivo, las consecuencias en la motivación, en la conducta o en las emociones pueden ser peores que si no lo hubiera intentado. Aunque abordaremos el concepto de afrontamiento en el siguiente capítulo, queremos adelantar que la propuesta de Taylor encaja perfectamente en el modelo general de Lazarus y Folkman ya que el control percibido o la sensación de

control de la que habla Taylor podría definirse como una valoración secundaria (Ferrero, 1993).

De este trabajo de Taylor (1983, 1984) parten una serie de estudios en los que el objeto principal de análisis es la búsqueda de significado y su relación con el ajuste a la enfermedad oncológica. Uno de ellos es el llevado a cabo por Shoen y Nicholas (2004) con pacientes con cáncer de mama y otro, dirigido por Tang et al. (2007), que aborda los diferentes modos de búsqueda de significado en enfermos con cáncer colorectal. El primero de ellos, analiza la posible relación entre la búsqueda de significado (con dos subíndices, significado personal y trascendencia existencial) y el afrontamiento, y si el significado existencial tiene un efecto adicional que pueda explicar la variabilidad existente respecto a la calidad de vida. Partiendo de la aportación que hicieron Park y Folkman (1997) al modelo de Lazarus y Folkman (1984) realizan un estudio con 248 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, en el que demuestran, en primer lugar, que las pacientes que presentaban altas puntuaciones en significado existencial también puntuaban alto en calidad de vida. Pero como apuntan los responsables del trabajo, la relación entre desafíos vitales, propósito en la vida y significado existencial ya había sido demostrada en trabajos previos. El efecto potencialmente positivo de la enfermedad podría ser el resultado de una vida “exitosa” a través de cambios o de experiencias traumáticas. Cuando un paciente es diagnosticado, tratado o tiene que vivir con un cáncer, estos acontecimientos suponen desafíos en su vida. Si el paciente sale airoso encontrando un

propósito y significado a estos desafíos, concluirá que su vida tiene significado existencial

Sin embargo, el estudio de Shoen y Nicholas (2004) no encontró diferencias significativas entre significado existencial y afrontamiento, en contra del planteamiento de Park y Folkman que proponen una relación entre significado y afrontamiento en los pacientes con cáncer. Shoen y Nicholas sugieren varias explicaciones al respecto. En primer lugar, y siguiendo a estos autores, se podría decir que la medida de afrontamiento carece de validez de constructo y validez divergente. Los resultados revelaron que las variables focalizarse en lo positivo (generalmente una buena estrategia de afrontamiento) y un significado general de la vida, correlacionaban positivamente, mientras que la conducta de evitación (generalmente una pobre estrategia de afrontamiento) y el significado correlacionaban negativamente. Por lo tanto, los procesos cognitivos y emocionales implicados en el desarrollo de un sentido de significado pueden ser similares a los procesos de afrontamiento basados en la focalización de lo positivo. La búsqueda de un propósito, la elaboración del significado, los esfuerzos encaminados a dar sentido a los acontecimientos vitales (todos componentes del significado existencial) pueden ser, de hecho, estrategias de afrontamiento. Dado que ya es conocido que el afrontamiento mediante el escape o la evitación no es beneficioso para la persona, esperaban en el estudio que las pacientes con altos niveles de significado presentaran menos evitación. Y esto fue exactamente lo que encontraron.

Una segunda explicación para la ausencia de relación entre significado y afrontamiento podría ser que las enfermas del estudio no percibían el cáncer de mama como una amenaza significativa en su vida en el momento de la recogida de datos, es decir durante los cinco primeros meses del diagnóstico. Por consiguiente, es posible que las pacientes no necesitaran en ese momento recurrir a determinadas estrategias de afrontamiento para mantener o recuperar el sentido o significado de la vida. Por lo tanto, la ausencia de relación entre significado y afrontamiento podría estar causada por una infrautilización general de los procesos de afrontamiento.

Respecto a la relación entre el significado existencial y la calidad de vida los autores señalan que éste fue el segundo factor predictivo más importante de la calidad de vida, siendo el primero la conducta de evitación (pero en sentido negativo). Concluyen que aunque en el trabajo que presentan no se pueden explicar los mecanismos por los que el significado influye en la calidad de vida, sí aportan sobrada evidencia para destacar la importancia del significado en los procesos de ajuste en las pacientes con cáncer de mama.

El segundo trabajo que queríamos mencionar sobre búsqueda de significado y ajuste al cáncer es el conducido por Tang y colaboradores (2007) con pacientes diagnosticados de cáncer colorectal. Para ello, distinguen en primer lugar los dos mecanismos de búsqueda de significado; por un lado, el proceso de *elaboración del significado* y el proceso de *logro del beneficio*. El primero hace referencia al proceso por el cual un acontecimiento determinado encaja en el

esquema mental de un individuo acerca de cómo asume que funciona el mundo. Por ejemplo, como apuntan Park y Folkman (1997) las personas atribuimos en ocasiones los acontecimientos negativos a la voluntad de un Ser Supremo, al estilo de vida, al estrés... lo que permite reducir la incongruencia entre el significado global previo y la realidad existente. De esta manera, la sensación de dominio y el encontrar un sentido a los sucesos vitales ayudan en consecuencia a enfrentarse mejor (Taylor, 1983). El proceso de logro del beneficio permite a la persona añadir elementos positivos y dar significado a los acontecimientos negativos.

El propósito del estudio de Tang et al (2007) llevado a cabo con 28 enfermos de cáncer de colon y recto era definir las experiencias perturbadoras de los enfermos y explorar los factores que potenciaban los procesos de búsqueda de significado, así como averiguar si los pacientes experimentaban algún tipo de transformación personal a través de la búsqueda de significado. Pues bien, y resumiendo el trabajo de este grupo chino, los enfermos presentaron alteraciones a nivel cognitivo (ruptura del sistema de creencias, dificultad en aceptar la enfermedad y pensamiento negativo) y a nivel emocional (ira y culpa, desamparo, ansiedad y depresión). Por otro lado, los factores que influían positivamente en la búsqueda de significado los categorizaron en externos (apoyo familiar, red social y relación paciente-profesional sanitario) e internos (pensamiento positivo, re-estructuración de prioridades en la vida y creencias religiosas y culturales). Respecto a los cambios positivos que los enfermos verbalizaron después de pasar por la experiencia del cáncer y que produjeron una transformación personal fueron: a) la

obtención de nuevos valores en la vida (por ejemplo, el adquirir nuevas creencias religiosas, mejorar las relaciones con sus seres queridos, apreciar de un modo más profundo el apoyo de amigos y familiares o aprender a vivir el momento presente); b) la mayor capacidad de aceptar que la enfermedad coexiste con la idea de pérdida y ganancia; y, c) cambios en el estilo y en los hábitos de vida. Los autores señalan que estos factores permiten a los pacientes desarrollar un sentido y encontrar un beneficio de la experiencia del cáncer potenciando su capacidad de enfrentarse a los cambios cognitivos y emocionales. A través de estos procesos de búsqueda de significado es posible la transformación y el crecimiento personal. Algunas personas después de pasar un cáncer crecen y se transforman mientras que a otras les lleva años llegar a un estado de armonía con la enfermedad. Con el estudio que llevan a cabo Tang y colaboradores demuestran que aquellos individuos que presentan factores internos y externos favorables tienen mayor oportunidad de experimentar una transformación. Así, los pacientes que presentaban redes de apoyo social, como la familia, amigos o profesionales de la salud, podían pensar positivamente y reorganizar su vida y las prioridades; tenían creencias culturales y religiosas sólidas necesarias para encontrar sentido y beneficio a la experiencia de cáncer y en último lugar, reconstruían la experiencia en su totalidad, lo que finalmente derivaba en crecimiento y transformación personal.

Ahora bien, consideramos necesario destacar, como también lo hacen los autores del trabajo, la clara relación existente entre la búsqueda de significado y las creencias culturales chinas. Como ellos apuntan, “Tien

ming” (Voluntad de Dios o poder sobrenatural que determina cómo va a vivir una persona) es una creencia fundamental en muchas comunidades chinas. Esta creencia se considera como una respuesta poderosa y convincente para explicar la aparición del cáncer en la vida de una persona. En este estudio, aquellos que planteaban que el cáncer era parte de su “tien ming” se culpaban menos a sí mismos y mostraban menos ira, además les resultaba más fácil encontrar sentido a su sufrimiento y aceptar la enfermedad. “Tien ming” suponía una atribución fundamental para contestar a la pregunta de “por qué”, con lo cual se reducía a su vez las alteraciones cognitivas y emocionales y les permitía aceptar la enfermedad y seguir con su vida. Este concepto oriental, sin embargo, es diferente a la creencia religiosa cristiana de que Dios plantea obstáculos a los seres humanos por una buena razón.

Algunos trabajos etnográficos sugieren que las personas pueden utilizar simultáneamente conceptos biomédicos más occidentales y creencias tradicionales chinas a la hora de explicar las causas de la enfermedad (Facione et al., 2000; Abe kim et al., 2002; Yeo et al., 2005). Así, en el estudio llevado a cabo por Yeo y colaboradores (2005) compararon las taxonomías y los modelos explicativos para el cáncer en un grupo de Chino-Australianos pertenecientes a una comunidad cualquiera con otro grupo de Chino-Australianos que presentaban en su historia familiar algún caso de diagnóstico de cáncer. Entre las causas biomédicas para el cáncer destacaron: factores ambientales (contaminación, productos químicos y toxinas), la dieta (carne, comida rápida y aditivos), factores psicosociales (estrés y depresión), alteración del sistema inmunológico,

daño físico o una combinación de todas ellas. (i) factores psicológicos (personalidad, encontrarse triste e incapacidad de expresar emociones); (ii) estrés (migración, experiencias desagradables, muchas muertes en la familia); (iii) la comida o la dieta (poca fibra, exceso de sal, demasiada carne, pescado muy salado); (iv) alcohol, tabaco u otras drogas (v) productos químicos y radiaciones; (vi) factores hormonales (embarazo); (vi) lactancia (leche encapsulada) o no lactancia y, (vii) ropa demasiado ajustada (medias, sujetadores..). Entre las explicaciones más orientales nos encontramos con: karma (acciones hechas en el pasado o en otras vidas), retribución (pagar por malas acciones de los antepasados), destino, feng shui, malos espíritus, mala suerte, ofensas a los dioses y magia negra. Los resultados demostraron que, independientemente de las creencias religiosas, la edad o el nivel educacional, los participantes mantenían un amplio abanico de creencias chinas sobre la enfermedad en general y sobre el cáncer en particular. Sorprendentemente, no había diferencias en el rango de actitudes y creencias sobre el cáncer entre los dos grupos. Nos parece significativo destacar que de los 51 participantes en total, 14 se negaron a participar argumentando más de la mitad que tenían miedo a hablar del cáncer ya que consideraban que si lo hacían podían hacer que apareciese la enfermedad o bien que al hablar de ella podrían aumentar la ansiedad y con ella, caer enfermos. Por otro lado, no deja de ser curioso, si bien nos lo hemos encontrado también en nuestra cultura, que los sujetos del estudio dividían el cáncer en dos tipos de tumores los benignos y los malignos no siendo mutuamente excluyentes, es decir, el tumor benigno podía con el tiempo malignizarse.

No queremos terminar este apartado de atribuciones y creencias sin dejar a un lado la investigación realizada en torno al sentimiento de culpa y el ajuste psicológico al cáncer. La auto-culpa hace referencia a cuando un individuo atribuye el inicio o curso del cáncer a sus propias conductas negativas, pensamientos, sentimientos y experiencias. La mayoría de ellos han tomado como referencia el planteamiento teórico de Janoff-Bulman (1979,1992) que defiende que los seres humanos funcionamos con la creencia de que el mundo es benevolente y tiene sentido, el ser humano es valioso y la convicción de que uno mismo es invulnerable a los eventos negativos. De acuerdo a su planteamiento, la percepción de invulnerabilidad desaparecerá ante una experiencia de victimización y su ruptura irá acompañada de un cambio en su visión del mundo y de uno mismo en las que se basaba dicha creencia: es decir, el mundo ya no se percibirá como benigno y se cuestionará dicha valía. Ahora bien, para explicar por qué en algunos casos el sentimiento de culpa puede ser adaptativo (el hecho de que presenten un ajuste positivo las víctimas de accidentes con consecuencias nefastas al atribuir la causa del accidente a sí mismos) Janoff-Bulman distingue dos tipos de auto-culpa, la conductual y la caracterológica. La auto-culpa conductual hace referencia a la culpa o a las emociones negativas conscientes respecto a la propia conducta (ej., “no he llevado una alimentación adecuada”), por la tanto la causa sería controlable y modificable. De esta manera, cuando la persona atribuye el estresor actual a conductas pasadas y cuando considera que estas conductas del pasado se pueden modificar, la percepción de control sobre el futuro aumenta y en consecuencia, el ajuste psicológico mejora. De todas formas, como apunta

Janoff-Bulman, los efectos beneficiosos a nivel conductual no son inmediatos, más bien el individuo va incorporando e integrando esta información progresivamente a su esquema conceptual. El otro tipo de auto-culpa, la caracterológica es la culpa o las emociones negativas conscientes sobre uno mismo y hace referencia a los aspectos más estables de la personalidad (ej., “soy la típica persona a la que le suceden cosas negativas”) donde surgen sentimientos de desamparo y un pobre ajuste psicológico dado que se considera que la personalidad no cambia. De acuerdo al modelo de desamparo aprendido las atribuciones que hace un individuo respecto a los acontecimientos negativos e incontrolables, como el diagnóstico de un cáncer, son parte de su estilo cognitivo, que a su vez puede propiciar vulnerabilidad a la depresión (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). La distinción entre culpa conductual y caracterológica puede ser explicada desde la teoría del desamparo aprendida, que considera las atribuciones internas, globales y estables respecto a los sucesos negativos como parte de un estilo cognitivo negativo y factor de riesgo para la depresión. De acuerdo al modelo de Seligman, la culpa caracterológica podría dañar la salud mental más que la culpa conductual ya que, a pesar de ser las dos internas, sólo la culpa caracterológica es global y además estable.

Timko y Janoff-Bulman (1985) pusieron a prueba su modelo con una muestra de mujeres mastectomizadas que fueron evaluadas en los primeros veinte meses post-diagnóstico. El objetivo era analizar la relación existente entre la percepción de invulnerabilidad, la creencia en la eficacia de la mastectomía y creencias

de control con respecto al ajuste psicológico. Sus resultados indicaron que la creencia de invulnerabilidad (probabilidad subjetiva de no recaída) se asociaba estrechamente con el ajuste psicológico; que las creencias sobre la eficacia de la mastectomía y sobre el control personal se asociaban con su percepción de invulnerabilidad; que todas las variables mencionadas eran independientes del pronóstico médico; y que las atribuciones causales se asociaban con la creencia de invulnerabilidad en el sentido que predecía su teoría, y así indirectamente, con el ajuste psicológico.

La relación entre sentimiento de culpa y ajuste mental en enfermos de cáncer ha sido planteado en diversos estudios (Timko y Janoff-Bulman, 1985; Malcarne et al, 1995; Chappel et al., 2004; Bennet et al, 2005; Glinder y Compas, 1999; Friedman et al, 2007; Else-Quest et al, 2009) demostrando que las atribuciones de culpa correlacionan con un pobre ajuste psicológico. Aunque un ajuste positivo generalmente está asociado con la habilidad de evitar la auto-culpa, en general se han ignorado los factores que pueden predisponer a los individuos a culparse a sí mismos del cáncer. La actitud de auto-perdón, definida por Friedman y colaboradores (2007) como la predisposición para evitar la culpa indebida y la vergüenza a través de múltiples situaciones, puede ser uno de ellos. Con el auto-perdón la persona reconoce su falta y abandona el resentimiento y la crítica a sí mismo. Estos autores intentaron examinar la relación entre auto-culpa y auto-perdón con respecto a la alteración del ánimo y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, encontrando una relación positiva entre culpa y alteración del ánimo y negativa entre culpa y calidad de vida. Pero en contra de lo que Timko y Janoff-

Bulman habían sugerido, la culpa no protege al individuo frente a situaciones estresantes. Concluyen también en su trabajo que aquellas mujeres que presentaban más auto-perdón en general tenían menos probabilidad de culparse a sí mismas por el cáncer y por consiguiente, más proclives a presentar buen ajuste a la enfermedad. Para explicar el por qué la culpa es perjudicial para la persona, argumentan que es posible que las mujeres que se culpan a sí mismas por cosas que no pueden cambiar (por ejemplo, el haber tomado en el pasado tratamiento hormonal sustitutivo) pueden no querer llevar a cabo conductas que reduzcan el riesgo. Por el contrario, si se culpan a sí mismas por cosas que podrían cambiar (comida insana) si podrían motivarse a iniciarlas.

Pero retomando la distinción entre auto-culpa conductual y caracterológica, hay que decir que no se han encontrado trabajos en los que se haya detectado diferencias entre ellas con respecto al ajuste psicológico en los primeros meses post-diagnóstico. Es verdad que ambas influyen por igual en el mal ajuste psicológico en un primer momento tras el diagnóstico, sin embargo únicamente la auto-culpa caracterológica explica el distres si se prolonga unos meses más tarde (Glinder & Compas, 1999; Benett et al., 2005). Partiendo también de una muestra de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, el grupo de Benett analiza las posibles relaciones entre atribuciones de auto-culpa, percepción de control y desajuste psicológico en Ansiedad y Depresión (medido con el BAI y BDI de Beck respectivamente). Los resultados sugieren que la auto-culpa conductual afecta negativamente en el ajuste a lo largo del año siguiente después de un diagnóstico de cáncer de mama; es decir,

la culpa conductual estaba relacionada con ambas formas de estrés, esto es, síntomas de ansiedad y síntomas de depresión. En su caso, la auto-culpa conductual correlacionaba con ambas formas de estrés psicológico a los 4 meses del diagnóstico y el análisis de regresión mostró que predecía además los síntomas de ansiedad a los 4 meses. Esto significaba que la auto-culpa conductual no protege a lo largo del tiempo contra el estrés psicológico después de un diagnóstico de cáncer de mama, de hecho sugieren que la auto-culpa conductual afecta negativamente el ajuste durante el año siguiente al diagnóstico.

Sin embargo, en contra de lo que predijeron no pudieron demostrar que las atribuciones de auto-culpa conductual aumentaba la percepción de control. Como dicen los autores es posible que el efecto protector de la culpa conductual sobre el ajuste aparezca más adelante, después de un periodo más largo y que un año es posible que no sea tiempo suficiente para integrar en sus esquemas mentales ese posible aumento de control. Una segunda explicación que ofrecen es el que las participantes se culparan de sus conductas en el pasado, pero que a su vez, no las vieran como modificables. Una última explicación es la posibilidad de que el culparse de las conductas pasadas y el creer que se pueden cambiar conductas del futuro, podría provocar ansiedad en las pacientes ya que tienen que terminar el tratamiento y volver a las actividades diarias. En contra de Janoff-Bulman (1992), los hallazgos del grupo de Bennett (2005) no demostraron que el culparse de conductas pasadas cuando ocurre un cáncer de mama aumente la percepción de control sobre la recuperación o la percepción de control sobre la recurrencia, por lo que la

auto-culpa conductual no protegía contra el distrés psicológico al año siguiente del diagnóstico de cáncer de mama. Respecto a la culpa caracterológica, sólo se vio que correlacionaba con síntomas de depresión. El análisis correlacional mostró relación significativa con depresión a los 4, 7 y 12 meses. Es más, la relación entre auto-culpa caracterológica y síntomas de ansiedad a los 4, 7 y 12 meses del diagnóstico era significativamente diferente respecto a la relación encontrada entre culpa caracterológica y síntomas de depresión, lo que sugiere, según los autores, que esta forma de auto-culpa influye más negativamente en los síntomas de depresión que en los de ansiedad.

Un término muy relacionado con la enfermedad oncológica es el estigma social que puede acarrear sentimientos de culpa, vergüenza o hasta una identidad dañada. El estigma asociado a la enfermedad va a depender de hasta qué punto el paciente se siente responsable de su enfermedad y de si ésta le ha supuesto alguna incapacidad, desfiguración, falta de control o alteración en las relaciones sociales. En un trabajo realizado por Else-Quest et al. (2009) con una muestra más variada de pacientes no solo con cáncer de mama, sino también pulmón y próstata, analizan la relación entre culpa, estigma y ajuste a la enfermedad. Las conclusiones fueron que la auto-culpa correlacionaba de manera consistente con un pobre ajuste psicológico en los tres grupos de pacientes y además la auto-culpa también mediaba en la relación entre el estigma y el ajuste. Por otro lado, los pacientes que atribuían la enfermedad a causas internas presentaban más culpa, peor auto-estima y puntuaciones más altas en afecto

deprimido, ansiedad e ira. No era necesario que para sentir culpa los pacientes tuvieran una relación causal demostrada entre conducta (tabaco) y enfermedad. El que los pacientes con cáncer de pulmón que tengan antecedentes de tabaco no atribuyan como primera causa de su cáncer a la conducta de fumar también ha sido planteado por Salander (2007). Es posible que para algunas personas, la enfermedad (cualquiera) sea un reflejo de su conducta en el pasado o de algo mal hecho.

Comparando los tres grupos, se observa que los pacientes con cáncer de pulmón presentaban más atribuciones causales internas, sin embargo no se encontraron diferencias en las puntuaciones medias respecto a los tres grupos en ninguna de las otras variables estudiadas. La auto-culpa se vio que estaba relacionada consistentemente con las puntuaciones en salud mental, independientemente del tipo de cáncer. Los resultados indican que una proporción importante de pacientes oncológicos rechazan el culpabilizarse por el cáncer que padecen.

Para concluir esta primera parte del planteamiento teórico de nuestro estudio, quisiéramos resaltar la dificultad en establecer los límites entre valoración y afrontamiento. Si bien es cierto que una lleva a la otra y que los resultados o consecuencias del afrontamiento repercuten a su vez en la primera, ambos son términos, en nuestra opinión, absolutamente necesarios a tener en cuenta en cualquier intervención psicológica en el enfermo de cáncer.

2.2.2. AFRONTAMIENTO Y CANCER

Aunque existen muchas definiciones de afrontamiento, teniendo en cuenta que es un término que empezó a desarrollarse en relación con la enfermedad hace prácticamente medio siglo, consideraremos la de Lazarus y Folkman (1984) por su extenso trabajo y porque ha sido utilizado como punto de partida de muchos trabajos posteriores.” Estos autores definen el afrontamiento como *“aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (pag.164 versión en castellano). En el caso del cáncer, el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer (Watson y Greer, 1998). Sin embargo, como apunta Soriano (2002) el concepto de afrontamiento por no haber sido bien delimitado resulta un término confuso ya que se le ha adjudicado la práctica totalidad de las acciones que el enfermo realiza ante la enfermedad.

En el Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman (1984) se considera que en cualquier situación estresante es más importante la interpretación que el sujeto hace de los hechos que los propios acontecimientos, desde esta perspectiva teórica la

percepción que el sujeto tiene de la situación estresante (en este caso, el cáncer) puede modificarse. El efecto de la situación estresante depende de la valoración de la situación, la vulnerabilidad del sujeto y la capacidad de afrontar (es decir, los recursos tanto internos como externos de los que disponga la persona). Ver figura 1 (Extraída de la pag. 323 de Estrés y Procesos Cognitivos, versión española).

La valoración (*appraisal*) es la percepción o juicio que la persona hace de un acontecimiento y que determina los efectos estresantes de la situación en función de su significado personal, las metas y sus recursos.

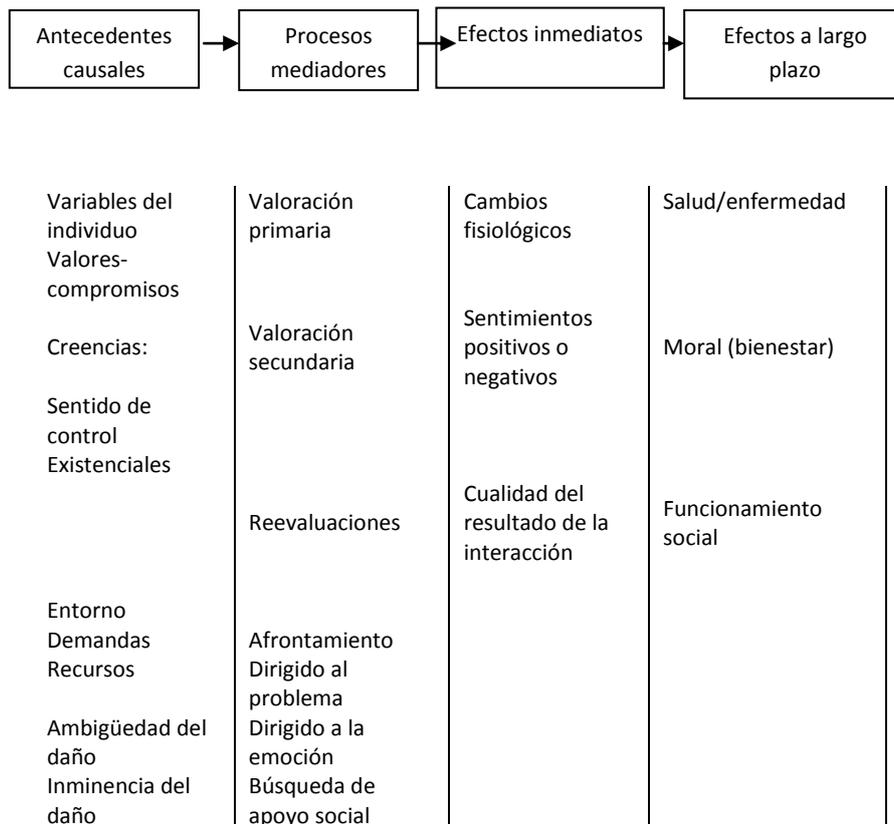


Figura 1. Modelo de Lazarus Y Folkman(1984).

Lazarus y Folkman (1984) plantean dos tipos de valoración, aunque afirman no ser partidarios de esta distinción en tanto en cuanto no se trata de que una sea más importante que la otra o de que una preceda a la otra. En la valoración primaria, el individuo valora el significado de un acontecimiento o situación y evalúa cómo interactúa con la situación. En este sentido, las valoraciones primarias determinan el significado personal de una situación y determinan también lo que pone en juego. Entre las valoraciones estresantes, los autores incluyen aquellas que significan daño o pérdida, amenaza y desafío. Se considera daño o pérdida cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio como haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante o algún daño en la estima propia o social. La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén y aún cuando ya hayan tenido lugar, se consideran igualmente amenaza por la carga de implicaciones negativas que suponen para el futuro. El desafío tiene mucho en común con la amenaza en el sentido en que ambos implican la movilización de estrategias de afrontamiento. La diferencia principal entre los dos es que en el desafío hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo. Los autores sugieren que el desafío y la amenaza son valoraciones anticipatorias mientras que el daño o pérdida es una valoración basada en el resultado.

Las valoraciones primarias se basan en tres componentes: a) relevancia de la meta, b) congruencia/incongruencia del objetivo, y c) tipo de ego implicado (Lazarus 1999, Smith & Lazarus, 1993). La

relevancia hace referencia a lo importante que es para la persona la situación. La congruencia/incongruencia se refiere a si el acontecimiento es consistente o inconsistente con el objetivo. El tipo de ego hace referencia a la interacción de las diferentes metas del individuo y cómo estas metas modulan su reacción ante la situación (ej. sus valores morales). Mientras que es poco probable que tener un cáncer esté en el objetivo de alguna persona, sí que es muy posible que aquellos que sean diagnosticados de un cáncer vean la enfermedad como algo muy importante y relevante para su vida. Dado que el cáncer es considerado una enfermedad amenazante para la vida, el hecho de padecerlo podría ser valorado como una amenaza, ya que de ocurrir la muerte le llevaría al cese de todos sus objetivos vitales. Sin embargo, como hemos visto en el apartado de atribuciones, algunos individuos pueden considerar la enfermedad como una experiencia de aprendizaje, que le puede hacer más fuerte o una prueba que tienen que pasar. El considerar la enfermedad de esta manera hará que la perciban como un desafío. Quizás si se focalizan en los síntomas físicos, las limitaciones económicas sociales o temporales u otras pérdidas que supone el cáncer, además verán la enfermedad como una pérdida, una más de las que ya haya tenido.

En cuanto a la valoración secundaria, Lazarus y Folkman (1984) plantean que no se trata de un mero ejercicio intelectual encaminado al reconocimiento de aquellos recursos que pueden aplicarse en una situación determinada, sino que además es un complejo proceso de valorar aquellas opciones afrontativas por el que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera, así como la seguridad de

que uno puede aplicar una estrategia particular o un grupo de ellas de forma efectiva. Por último, destacan un tercer tipo de valoración, la *reevaluación* ya que a medida que la persona va recibiendo nueva información, reestructura la primera valoración y puede disminuir o incrementarse la sensación de estrés y por lo tanto volver a activarse nuevos intentos de afrontamiento.

La vulnerabilidad hace referencia a los recursos que una persona es capaz de gestionar adecuadamente ante la situación estresante. Estos recursos pueden ser físicos, psicológicos y/o sociales. Es evidente que un cáncer de mama no tiene el mismo significado en un hombre que en una mujer; tampoco es igual la persona que debe combatir sola una enfermedad o la que tiene un soporte socio-familiar importante y por supuesto, lo importantes que pueden resultar ser para una persona sus propios recursos psicológicos y personales.

El afrontamiento, además de considerarse con un efecto restaurador también puede plantearse desde un punto de vista preventivo o intermediario o con un efecto de restablecimiento en el ajuste psicosocial (Soriano, 2002). La negación por ejemplo, tendría efectos preventivos y defensivos pero deberíamos considerar primero a qué estamos haciendo referencia (Vos y Haes, 2007) si a la negación del diagnóstico, del impacto, del afecto o a la conducta de escape. En el cáncer de pulmón, un cierto grado de negación ha sido demostrado como normal (Vos et al., 2008).

Queremos destacar tres aspectos en la definición de Lazarus y Folkman, primero, se trata de un proceso que cambia dependiendo si el sujeto ha experimentado

resultados exitosos o no cuando se enfrentó a una situación estresante; segundo, no solo es una respuesta automática o fisiológica, si no también aprendida por la experiencia; y tercero, requiere de un esfuerzo para manejar la situación y restablecer la homeostasis o adaptarse a la situación. Se podría decir que afrontamiento también englobaría el intento del esfuerzo realizado, ya que no necesita ser expresado en conductas visibles. Puede consistir en cogniciones, pero eso sí, la valoración cognitiva de la situación como desafiante o amenazante es un prerrequisito para iniciar los intentos de afrontamiento.

Este modelo también define al afrontamiento como un proceso insertado en un contexto y por lo tanto, las respuestas pueden no solo variar a través de los contextos, si no también cambiar de acuerdo a condiciones externas y como función de las habilidades con las que es aplicado. De esta manera, por ejemplo, las estrategias de afrontamiento efectivas ante el tratamiento de un cáncer pueden no serlo en el contexto de las relaciones familiares o distress ocupacional. Otro de los aspectos más importantes de este modelo es el de proponer que las estrategias no deberían ser juzgadas como adaptativas o desadaptativas, el asunto debería ser para quién y bajo qué circunstancias un modo particular de afrontamiento tiene consecuencias adaptativas, en lugar de una categorización indiscriminada como adaptativo frente desadaptativo.

Conceptualmente se ha diferenciado entre *afrontamiento centrado en el problema*, es decir, los esfuerzos para modificar la fuente de estrés en el entorno, o lo que es lo mismo el intento de cambiar la

situación, e incluye estrategias como la gestión de los aspectos externos de un estresor, la búsqueda de apoyo social, la aceptación de la responsabilidad y la planificación en la solución de problemas. El *afrontamiento centrado en la emoción* que intenta aliviar el estrés emocional personal inducido por la situación perturbadora e implica estrategias internas como el distanciamiento, el autocontrol, la minimización, la atención selectiva, el escape-evitación o la reevaluación positiva. Hay suficiente evidencia de que, ante la enfermedad oncológica, el afrontamiento centrado en la emoción aumenta la adaptación y el estado de salud en mujeres con cáncer de mama (Stanton et al., 2000). En este estudio, las mujeres que se enfrentaban al cáncer expresando emociones referentes a la enfermedad acudían un menor número de veces a la consulta del médico, presentaban mejor estado físico y menor distress que aquellas con menor índice de expresión emocional. El afrontamiento basado en la expresión, también mejoró la calidad de vida en las mujeres que percibían su entorno social amplio. Sin embargo, las pacientes que afrontaban más procesando las emociones en lugar de expresandolas, presentaron más distress a los tres meses. Stanton et al. (2000) sugieren que el distress psicológico disminuye a medida que el procesamiento de las emociones contribuye a la expresión de las mismas.

Es evidente que el entorno social del enfermo puede influir en su adaptación psicológica a la enfermedad (Lepore & Helgeson, 1998; Manne et al., 1999; Vickberg et al., 2001), pero además hacerlo mediando en los procesos de afrontamiento emocional.

La expresión de los pensamientos, sentimientos y el significado de la experiencia de cáncer puede estar mediada por el apoyo social del que disponga el enfermo. Así, las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que informaban de un ambiente social limitado y que además presentaban un nivel alto de inteligencia emocional mostraban menos distress (Schmidt y Andrykowsky, 2004). También se ha podido comprobar que la expresión escrita de emociones media en la influencia de un entorno social pobre sobre el distress, en pacientes con cáncer ginecológico y de próstata (Zakowski et al., 2004). Es decir, que los pacientes con mucha limitación social utilizaban la evitación cognitiva de los pensamientos y estímulos relacionados con la enfermedad, a los seis meses del seguimiento, a no ser que tuvieran la oportunidad de expresar las emociones de forma escrita. Aunque no siempre se ha podido demostrar que el apoyo social esté relacionado con un menor distress, ya que Lepore et al. (2008) observaron en un estudio con mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que existía una correlación positiva entre el apoyo social y un afecto negativo. Es decir, que las pacientes que presentan más distress tienen más apoyo.

Otra taxonomía para diferenciar formas principales de afrontamiento ha consistido en distinguir entre afrontamiento centrado en la interacción con el obstáculo o aproximación y afrontamiento centrado en la evitación. Estas dos formas de afrontamiento se consideraron inicialmente como extremos de una sola dimensión bipolar, aunque recientemente, sin embargo, estas estrategias han dado lugar a dos dimensiones unipolares independientes (Font y Cardoso, 2009). En ambos casos el afrontamiento implica la orientación y la actividad de la

persona en respuesta a un estresor. La persona estresada puede intentar activamente alterar o eliminar la fuente de estrés (enfoque en el problema) o evitar el problema estresante (enfoque en la evitación). El afrontamiento centrado en el problema incluye estrategias cognitivas como comparaciones optimistas, o conductuales como el intento de resolución de problemas, mientras que las estrategias de afrontamiento de evitación consisten fundamentalmente en la negación (cognitiva) y/o la conducta de retirada respecto al problema.

Las diferentes taxonomías o teorías sobre afrontamiento no solamente se solapan (Franks & Roesch 2006) sino que también pueden cambiar durante los primeros meses de adaptación al proceso de la enfermedad (Epping-Jordan et al.,1999). Por ejemplo, la re-evaluación positiva y el auto-control (tipos de afrontamiento centrado en la emoción) y solución de problemas y búsqueda de información (tipos de afrontamiento centrado en el problema) podrían ser considerados como afrontamiento de aproximación, mientras que el distanciamiento y el afrontamiento de escape-evitación (tipos de afrontamiento centrado en la emoción), afrontamiento de evitación. En un estudio con mujeres diagnosticadas de cáncer de mama detectaron que las pacientes más jóvenes presentaban en el momento del diagnóstico mas relación positiva entre pensamientos intrusivos y ansiedad/depresión, mientras que a los 6 meses lo significativo resultó ser el afrontamiento evitativo centrado en la emoción, entendiéndose por él, el aislamiento social y la auto-crítica.

Font y Cardoso (2009) plantean en un trabajo a partir de mujeres con cáncer de mama cuatro categorías básicas de afrontamiento combinando el nivel o tipo de afrontamiento (cognitivo, conductual) y la orientación (enfocada al problema, evitación) : a) enfoque cognitivo al problema: estrategias como prestar atención a un aspecto de la situación en cada momento, el análisis lógico, la búsqueda de significado y/o la reevaluación positiva; b) enfoque conductual al problema: estrategias como la búsqueda de información, orientación y apoyo y tomar medidas concretas para tratar directamente con una situación; c) la evitación cognitiva: estrategias que reflejan la negación y/o la aceptación resignada de la situación, y, d) evitación de conducta: no hacer nada para solucionar el problema, utilizar solo estrategias de descarga emocional.

De su estudio se concluye que las pacientes utilizan varias estrategias simultáneamente y que difícilmente las estrategias son totalmente excluyentes, aunque en conjunto, algunas se utilizan mucho más que otras, como demostraron Zaza et al. (2005). Ya que en una muestra más general de pacientes oncológicos, el practicar la oración y escuchar música eran las estrategias de afrontamiento más ampliamente utilizadas por encima de la búsqueda de información o de apoyo social y/o counselling. Pero volviendo a los autores catalanes, utilizando un cuestionario de afrontamiento que mide conductas, pensamientos y emociones, obtienen a partir del análisis de componentes principales, dos factores que denominan afrontamiento centrado en uno mismo, es decir, la tendencia a utilizar estrategias de decisión y desarrollo individual y un afrontamiento que implica a los demás; en este caso, se trataría de una

forma de afrontamiento en el que la persona hace partícipe su enfermedad a los que le rodean, buscando apoyo.

Teniendo en cuenta la distinción entre afrontamiento centrado en la emoción y centrado en el problema, Lazarus y Folkman (1984) plantearon que si una situación es percibida como amenazante o de daño se manejará mediante un afrontamiento centrado en la emoción porque el individuo juzga el acontecimiento como resistente a un cambio positivo, por lo que deberá utilizar el objetivo para reducir el distress emocional asociado. Las situaciones percibidas como desafiantes se abordarán con estrategias centradas en el problema, ya que el individuo reconoce su potencial para el cambio y podrá hacer algo para cambiar los factores ambientales. Es decir, que las personas que perciben una situación como no cambiante presentaban estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, mientras que aquellos que la percibían modificable utilizaban un afrontamiento focalizado en el problema.

El hecho de que las atribuciones que el enfermo hace del cáncer influyen en el afrontamiento es un dato constatado como lo reflejan Roesch y Weiner (2001) en la revisión que llevan a cabo. De su estudio se extraen los siguientes resultados: en general los individuos que atribuían la enfermedad a causas internas, inestables y controlables mostraban un afrontamiento de aproximación (cognitivo y centrado en la emoción) y además estaban mejor ajustados que aquellos que asignaban la enfermedad a causas más externas, estables e incontrolables. Es decir que los enfermos que realizaban más atribuciones de control mostraban mejor

ajuste que los individuos que hacían atribuciones más incontrolables. Y por el contrario, las personas que realizaban atribuciones de causalidad estables e incontrolables, es decir, pensaban que no podían hacer nada para reducir el impacto negativo de la enfermedad y creían que el éxito en su afrontamiento sería bajo, utilizaban un afrontamiento más de Evitación y presentaban mas distress. Por lo tanto concluyen que las dimensiones de atribución presentan más implicaciones directas en el afrontamiento emocional (centrado en la emoción) que en el conductual (centrado en el problema).

Sin embargo, el estudio meta-analítico de Franks y Roesch (2006) muestra resultados opuestos, ya que los enfermos que percibían el cáncer como una amenaza tendían a utilizar un afrontamiento más centrado en el problema. Los autores proponen que cuando un enfermo percibe el cáncer como una situación amenazante para sus objetivos, sus recursos y su vida, no considera sus pérdidas en el futuro como completamente inevitables. Es probable que estas personas tengan todavía la esperanza de que lo que hagan pueda provocar un cambio positivo. Otra posible explicación sugieren encontrarla en los efectos de la valoración secundaria. Por ejemplo, los pacientes pueden pensar que aunque el cáncer supone una amenaza, disponen de recursos suficientes (información sobre la enfermedad y el tratamiento, acceso a los cuidados médicos, apoyo de amigos y familiares) para conseguir resultados positivos (ej. mejoría en la salud). Quizás la influencia de las atribuciones causales como la creencia de que algo se puede hacer para cambiar el resultado de la enfermedad (o control de la situación) podría afectar a su vez la

relación entre la percepción de amenaza y el afrontamiento centrado en el problema.

Al parecer los enfermos que consideran el cáncer como un daño y/o pérdida utilizan más el afrontamiento basado en la evitación (Franks y Roesch, 2006) ya que les permite desviar su energía de la fuente de stress mediante técnicas de minimización de la amenaza de la enfermedad, ilusiones, explosión emocional y búsqueda de refuerzos de otras actividades. Puesto que se trata de técnicas de afrontamiento evitativo y centrado en la emoción, a los autores les llama la atención que el daño/pérdida estuviera relacionado con el afrontamiento centrado en la emoción. Aunque los individuos es posible que prefieran no involucrarse en intentos inútiles para cambiar su enfermedad, puede que necesiten enfrentarse al malestar emocional que les está ocasionando el cáncer. Deducen entonces que los enfermos que presentan daño o pérdida además de utilizar las estrategias de afrontamiento evitativo anteriormente mencionadas emplean otras conjuntamente como el distanciamiento, la negación, las técnicas de relajación y la desconexión mental y conductual. Sin embargo, un afrontamiento evitativo puede predecir el distress durante los primeros 4 meses desde el diagnóstico aun cuando factores como el estadio del tumor y el tratamiento quirúrgico elegido (conservador o radical) se muestren como variables irrelevantes en una muestra de mujeres con cáncer de mama (Mc.Caul et al., 1999).

Sin embargo, las personas que perciben el cáncer como un desafío utilizan un afrontamiento de aproximación. El desafío es la percepción de que

mientras el daño y pérdida suponen resultados posibles, se pueden evitar. Debido a los riesgos que conlleva el cáncer, como la interrupción de los planes de vida y/o el peligro de muerte, con frecuencia los enfermos que ven la posibilidad de evitar la pérdida dirigen su atención directamente al mismo estresor. Es decir, que el someterse al tratamiento, buscar información sobre el cáncer y sus tratamientos y el evitar actividades que les alejen directamente del control de la enfermedad, son estrategias efectivas para enfrentarse a al cáncer, sobre todo cuando uno cree que tiene posibilidades de lograrlo. Los autores sugieren que éstas y otras estrategias de aproximación como el buscar apoyo en amigos, la creencia en la propia capacidad de vencer el cáncer, el optimismo, el auto-control, la interpretativa positiva y la aceptación del cáncer son también estrategias que juegan un papel importante en el desafío al cáncer.

Los autores concluyen que la valoración y el afrontamiento son procesos complejos, ya que como veíamos en el apartado de atribuciones, a pesar de que los individuos pueden compartir asunciones generales acerca del mundo, difieren en el significado que otorgan a los acontecimientos y en su reacción a los mismos (Janoff-Bulmann, 1992; Park & Folkman, 1997). Además, las personas pueden utilizar más de una estrategia de afrontamiento ante un mismo acontecimiento (Danhauser et al., 2009). Y es que no solo puede cambiar el acontecimiento durante el proceso sino también su propia evaluación del mismo, por lo que el afrontamiento, la evaluación y la reevaluación y el ajuste se retroalimentan e influyen unas con otras a lo largo del proceso de afrontamiento.

Para terminar con el trabajo de Franks y Roesch (2006) destacar los resultados que obtuvieron respecto a la relación entre evaluación-afrontamiento y otras variables como la localización del tumor y el tiempo desde el diagnóstico. En primer lugar, las enfermas con cáncer de mama utilizaban, más que otros enfermos con diferente localización del tumor, estrategias de afrontamiento de acercamiento al valorar el cáncer como una amenaza o un desafío. Quizás las mujeres con cáncer de mama tienen más esperanza en que el tratamiento será efectivo, que su probabilidad de supervivencia será buena y que sus acciones pueden influir en el resultado de la enfermedad. En segundo lugar, cuanto más tiempo había pasado desde el diagnóstico mayor era la relación entre la amenaza percibida y el afrontamiento tanto de aproximación como centrado en el problema.

Como decimos, hay pocos trabajos que hayan estudiado comparativamente las diferencias de afrontamiento entre pacientes con diferente localización tumoral. Deimling et al., (2006), por ejemplo, no encontraron diferencias en afrontamiento entre cáncer de mama, colorrectal y próstata. Ibañez y Rosbund (1993) tampoco encuentran diferencias en estrategias de afrontamiento entre mujeres con cáncer de mama y cáncer ginecológico, si que se diferencian en los miedos y alteraciones del esquema corporal, siendo las mujeres con cáncer de mama las que obtienen puntuaciones más elevadas.

Mencionaremos algunos datos aportados a partir de muestras de pacientes no diagnosticados de cáncer de mama. Parece ser que en el caso de los hombres con

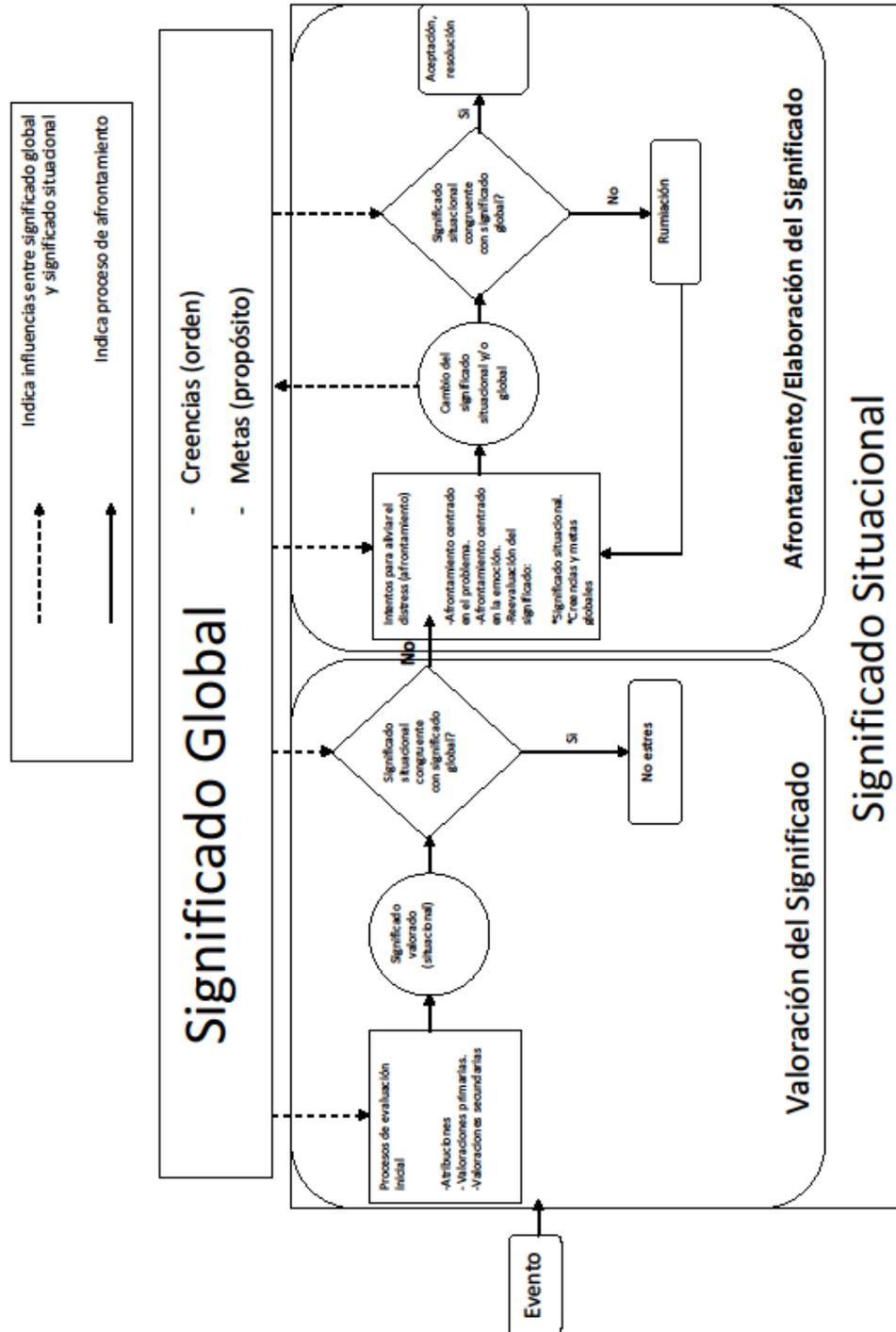
cáncer de próstata la expresión emocional resulta ser adaptativa, en este sentido, los pacientes se muestran más optimistas y se involucran más en acciones de tipo social, siendo los más jóvenes los que presentaban un mayor ajuste centrado en la emoción (Roesch et al., 2005). Estos autores afirman que la influencia del afrontamiento va más allá de la adaptación psicológica ya que puede influir incluso en el estado físico y en el funcionamiento normal diario del enfermo. En pacientes con cáncer ginecológico las estrategias de afrontamiento de aproximación como el afrontamiento activo y la búsqueda de apoyo social no mostraron relación con calidad de vida o con estado de ánimo. Sin embargo, las estrategias de evitación como la desconexión mental y la evitación cognitiva correlacionaron de forma muy consistente con un peor bienestar y mayor distress (Costanzo et al., 2006). Comparando este grupo de cáncer ginecológico con otro de estadio más inicial y con un tratamiento oncológico también más limitado, en el primer grupo se encontró una mayor relación entre evitación y búsqueda de apoyo instrumental y peores resultados.

También se echan en falta en psicooncología trabajos que especifiquen diferencias en cuanto al género. Hoyt (2009) realiza un trabajo con pacientes varones diagnosticados de cáncer con diferentes tipos de tumor (próstata, pulmón, colorrectal, hematológico, gastrointestinal y vejiga y riñón, principalmente). En dicho estudio demuestran que los enfermos que presentaban un mayor conflicto de rol masculino (*gender role conflict*) mostraban un menor afrontamiento emocional de aproximación y un mayor distress psicológico. Entienden por conflicto de rol masculino las consecuencias

negativas tanto cognitivas como emocionales y conductuales asociadas al papel de socialización del género masculino. Si bien es cierto que del estudio se deduce que la expresión emocional, como estrategia de afrontamiento al cáncer, parece ayudar al paciente varón, sólo es beneficiosa si ésta se lleva a cabo en un entorno donde al paciente le resulte fácil compartir emociones. Sin embargo, es difícil encontrar trabajos en los que se demuestren diferencias significativas no sólo en cuanto al género sino también en la edad y el nivel educativo y ajuste al cáncer (Shapiro et al, 2010).

Park y Folkman (1997) han querido destacar aun más si cabe, el papel de la valoración en el afrontamiento, planteando un modelo que aporta más conocimientos sobre la influencia de las creencias y el significado en el proceso de afrontamiento. El modelo llamado de Significado Global y Situacional tiene muy en cuenta los procesos de re-evaluación y da mucha importancia a la congruencia que han de tener el significado global de una persona y el asociado a un acontecimiento determinado. Por significado global entienden las metas principales y asunciones, creencias y expectativas básicas acerca del mundo, es decir en el sentido más abstracto y general. El significado situacional hace referencia al significado de una determinada circunstancia en función de la relevancia que tenga para la persona. Incluye la evaluación inicial de un acontecimiento y la búsqueda de su significado y que puede estar influida y a la vez influir en el significado global (Figura 2).

Figura 2: Modelo de Park y Folkman (1997)



Las creencias generales que configuran el significado global se pueden clasificar en dos categorías: en función del orden y en función del propósito. Las creencias en torno al *orden* se pueden agrupar a su vez en: a) aquellas que hacen referencia al mundo (creer que el mundo y la gente son benevolentes y creer en un mundo justo), b) a uno mismo (creer que uno es bueno y moral, creer en la valía personal y creer en que uno mismo puede controlar su destino y los logros importantes) y c) a la relación entre el individuo y el mundo (creer que si el mundo es bueno y justo y uno mismo también es bueno tendrá menos posibilidades de que le ocurran cosas negativas).

El significado en términos de *propósito* se refiere a las creencias que organizan, justifican y dirigen los logros de una persona, o dicho de otra manera, la conducta del ser humano siempre está orientada a una meta. Las metas por tanto, representan su identidad actual y el futuro al que aspiran.

Siguiendo el Modelo de Significado Global y Situacional de Park y Folkman (1997) se parte de la premisa de que las creencias generales se van construyendo en base a las experiencias acumuladas a lo largo de la vida y se caracterizan por ser estables (las personas mantienen sus creencias adecuando las nuevas situaciones de manera que sean consistentes con las creencias generales pre-existentes), con tendencia al optimismo (el ser humano tiene una natural tendencia a exagerar su percepción de control y a un optimismo irreal) y relevantes para la persona (son

personales y relativamente concretas, en lugar de abstractas y teóricas).

El problema surge cuando el significado situacional no es congruente con el sistema general de creencias de la persona, es decir, con el significado global de creencias. De esta manera, se generará un proceso de evaluación y de re-evaluación, para aceptar o resolver el malestar producido por el enfrentamiento entre ambos significados. El significado situacional hace referencia, por tanto, a la interacción entre las creencias y metas globales de una persona y las circunstancias concretas de una determinada transacción individuo-entorno. Consta de tres componentes principales: evaluación del significado (evaluación inicial del significado personal que supone el intercambio concreto entre individuo y entorno), búsqueda de significado (los procesos de afrontamiento activados una vez la situación se ha valorado como estresante) y significado como resultado (el significado que obtiene una persona después de ocurrir un acontecimiento).

La *valoración del significado* personal está influida por lo relevante que sea el suceso para las creencias, metas y compromisos que tenga el individuo y también para las alternativas respecto a lo que se pueda hacer con respecto a la situación. La valoración primaria, que hace referencia al significado personal de una transacción específica entre el individuo y el entorno, depende de las creencias y asunciones de las personas acerca del mundo. Las creencias en la capacidad de controlar los acontecimientos determinan si un suceso que puede ser estresante sea evaluado como desafío o como amenaza. Además, las valoraciones primarias

también están influenciadas si el individuo percibe que los valores, los compromisos y las metas se vean alteradas por el suceso. La valoración secundaria, consiste en la valoración que hace la persona acerca de las posibilidades de afrontamiento y sus expectativas respecto a los resultados. Las personas que presentan actitudes más positivas hacia sí mismos, creen en su capacidad de controlar el desarrollo de los acontecimientos y optimismo hacia el futuro. Suelen creer que poseen más recursos para afrontar la situación que aquellas personas que carecen de estas características.

La tarea principal en el proceso de *búsqueda de significado* es reducir la incongruencia entre el significado de una situación dada y el significado global preexistente en términos de sus creencias y metas. De acuerdo al modelo el individuo encontrará significado cuando logre reconciliar ambos, bien cambiando la evaluación de la situación que tiene que asimilar para adecuarla al significado global que ya dispone o bien adaptando sus creencias generales y metas a la situación dada (revisando las creencias y metas generales y preexistentes). Si esto no ocurre, aparecerá la rumiación. Las autoras apuntan que aunque no podemos confundir las atribuciones causales con la búsqueda de significado, sí juegan un papel importante en el proceso de búsqueda de significado, empezando por la evaluación inicial del significado como un estresor potencial y continuando con las reatribuciones que se irán realizando como parte del proceso de re-evaluación del afrontamiento. La búsqueda de significado también puede consistir en cambiar creencias globales y generar

nuevas metas, como ocurre en los enfermos de cáncer que para mantener sus creencias generales de control cambian sus objetivos para hacerlos más realistas (Beckjord et al., 2009; Henselmans et al., 2009., Thompson et al., 1993).

Ahora bien, aunque las autoras definen el significado global como las representaciones internas de las propias creencias y metas, subrayan que las interacciones con los demás y con el entorno pueden influir en dicho significado. De esta manera, el proceso de afrontamiento está mediado permanentemente por las sucesivas revaloraciones, las cuales transformarán el significado percibido de una situación dada con el significado global modificando el significado del acontecimiento o modificando las creencias previas. Estas revaloraciones pueden disminuir la amenaza o el daño percibido ante una situación e incluso aumentar los aspectos positivos. Para explicar cómo puede verse modificado el significado situacional y de esta manera hacerlo congruente con el significado global, Park y Folkman (1997) destacan el papel de las atribuciones causales, las reatribuciones (revisión de la atribución que tenía previamente una persona), las atribuciones de incidencia selectiva (p.e. preguntarse “¿por qué me ha ocurrido a mí y no a otra persona?”), las atribuciones de responsabilidad (quién o qué es el responsable de lo que ocurrió, no solo atribuciones causales, sino también conocimiento de las consecuencias, percepción de injusticia moral), atribuciones de control, la percepción de beneficio y otras estrategias de reatribución cognitiva como el ensalzar la propia capacidad en otra área diferente para compensar la amenaza que percibe ante

una situación dada, o compararse con personas o situaciones peores que las de uno mismo.

Por último, el *significado como resultado*, hace referencia al proceso por el cual la persona integra el significado global y el significado situacional, provocando una modificación en el primero. Las consecuencias positivas derivadas de este cambio pueden ser: a) un mayor número de recursos sociales (mejoría en la relación con los miembros de la familia, amigos o nuevas redes de apoyo social); b) mejores recursos personales (más seguridad en uno mismo, empatía, madurez) y c) desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento (solución de problemas, búsqueda de ayuda y regulación/control del afecto). El grado en que una persona consigue integrar el significado de una situación con el significado global depende del ajuste a dicha situación. No todas las personas logran unificar ambos significados, algunas entran en una espiral negativa en la cual las experiencias negativas influyen en sus creencias tan profundamente que la situación negativa se convierte en la fuente de una nueva identidad más negativa. Para poder mantener la coherencia en el sistema conceptual, la persona interpreta y elabora nueva información de tal manera que las creencias negativas generales del sistema queden validadas. Por ejemplo, una persona que consiga un significado global después de un trauma puede haber adoptado creencias acerca de que el mundo es malevolente y que los demás son injustos, hostiles y en los que no se puede confiar. Por lo tanto reaccionará de forma agresiva con su entorno y a su vez provocará respuestas negativas y hostiles en el entorno.

Ahora bien, el cáncer no solamente produce niveles elevados de afecto negativo sino que también reduce el afecto positivo. Se trata de dos dimensiones independientes como demuestra Voogt et al. (2005) ya que los pacientes con enfermedad avanzada, comparados con una población normal, no presentaban niveles altos de afecto negativo, pero sin embargo, sí mostraban niveles bajos de afecto positivo, especialmente cuando había deterioro físico y falta de significado. Hay que tener en cuenta que los enfermos con un mal funcionamiento físico, como es el caso de la enfermedad en progresión, presentan más fatiga y problemas físicos, esto les puede dificultar realizar actividades lo que a su vez les llevará al hastío y a la falta de significado.

Otro concepto muy relacionado con el afrontamiento es el del Sentido de Coherencia de Antonovsky (citado por Boscaglia y Clarke, 2007) que según el autor es el prerrequisito de una persona para enfrentarse a la situación, siempre y cuando el individuo tenga una comprensión sobre ella, sea manejable (disponga de los recursos necesarios) y tenga significado. Siendo el significado el elemento motivacional del sentido de coherencia. El sentido de coherencia reduce el distress tanto en pacientes de cáncer como en sus parejas (Gustavsson-Lilius et al., 2007) y puede predecir también el “síndrome de desmoralización” en mujeres con cáncer ginecológico (Boscaglia y Clarke, 2007).

Tanto el modelo de Lazarus y Folkman (1984) como de Park y Folkman (1997) definen el afrontamiento como un proceso insertado en un contexto y por lo tanto,

las respuestas pueden no solo variar a través de los contextos, si no también cambiar de acuerdo a condiciones externas y como función de las habilidades con las que es aplicado. De esta manera, por ejemplo, las estrategias de afrontamiento efectivas ante el tratamiento de un cáncer pueden no serlo en el contexto de las relaciones familiares o distress ocupacional.

Otro de los aspectos más importantes de ambos modelos es el de proponer que las estrategias no deberían ser juzgadas como adaptativas o desadaptativas, el asunto debería ser para quién y bajo qué circunstancias un modo particular de afrontamiento tiene consecuencias adaptativas, en lugar de una categorización indiscriminada como adaptativo frente desadaptativo. En este sentido Brennan (2001) sugiere utilizar el término de ajuste para describir los procesos de adaptación que ocurren a lo largo del tiempo a medida que el individuo maneja, aprende y se acomoda a los múltiples cambios que se dan por las circunstancias de la vida. Esta definición hace más hincapié en los aspectos psicosociales y evolutivos que el Modelo de Transacción de Lazarus y Folkman. Es posible que el afrontamiento interpretado desde el modelo transaccional parezca haber dado todo de sí (Soriano y Monsalve, 2005) aunque se siga considerando como elemento clave del modelo la valoración. La teoría del afrontamiento se queda corta a la hora de explicar por qué algunas personas experimentan un crecimiento personal ante una experiencia de cáncer, cómo se rompen las relaciones de pareja y familiares y cómo se producen las alteraciones emocionales.

Es por ello que Brennan (2001) propone el modelo de ajuste de Transición Socio-Cognitiva para explicar tanto la adaptación positiva como la desadaptativa. Se trata de un modelo psicosocial que enfatiza el contexto social de una experiencia personal, es decir, como consecuencia de su desarrollo social la persona adquiere una enorme y compleja matriz de asunciones acerca de cómo funciona el mundo, un mapa cognitivo que se está continuamente revisando. Dichos supuestos o asunciones permitirían al individuo predecir el mundo social y material más inmediato para mantenerse a salvo, con lo que así conseguir satisfacer sus necesidades y lograr sus objetivos; suponen la suma de toda su experiencia vital (biográfica y socio-cultural); se pueden representar en base a diferentes niveles de abstracción; constan de una estructura jerárquica de objetivos que proporcionan la base de su motivación; y, muchas de las asunciones principales son preconscientes.

Como veíamos en el capítulo anterior, cuando se trata de un hecho abrumador para el individuo como es el caso de un diagnóstico de cáncer, es frecuente que su sistema de creencias sea cuestionado y revisado. Las diferencias individuales respecto a la forma en que las personas responden a dichas situaciones dependen de tres factores fundamentales: 1) los diferentes modelos cognitivos de uno mismo, del mundo y de los otros, 2) los diferentes contextos sociales a través de los cuales se experimentan dichos acontecimientos; y 3) la variedad de estilos de respuesta de las personas ante la información y que sean incompatibles con las creencias. Para la mayoría de la gente, el sistema de creencias es una estructura flexible y permeable que le permite integrar cualquier información nueva. Algunos, sin embargo, se

sujetarán a modelos más rígidos o sobre-valorados. Brennan (2001) expone que algunas de las principales creencias (como la trayectoria vital, las creencias personales, los apegos y las creencias espirituales) en las que se sostiene un individuo pueden venirse abajo como consecuencia de una experiencia como el cáncer. Sin embargo cada vez aparecen más trabajos en los que se plantea un nuevo concepto llamado Crecimiento Postraumático (Tedeschi & Calhoun, 2004) que hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático. Parece ser que la mejora en las relaciones, una mayor apreciación de la vida, cambios en las prioridades u objetivos de la vida, una mejor espiritualidad y el control de la salud son los beneficios más frecuentemente reconocidos y manifestados por las mujeres con cáncer de mama (Vazquez y Castilla., 2007).

Pero lo que no se puede negar, en opinión de este autor es que tanto el acontecimiento vital como los consiguientes cambios dentro de la persona también tienen consecuencias para los miembros de su entorno social. Estos procesos de cambio respecto a sí mismo y en sus relaciones interpersonales producen reacciones emocionales como ansiedad y disforia, tensión en la relación con los demás y resistencia al cambio en las creencias, actitudes, roles y relaciones. Pero este estrés inicial puede ser positivo para el enfermo de cáncer, porque significa que sus creencias previas se han roto y se ve obligado a modificarlas. La negación, en el Modelo de Transición Socio-Cognitivo, se considera una

estrategia inicialmente adaptativa que sirve para mantener y preservar un modelo coherente del mundo. Sin embargo, puede ser desadaptativa a largo plazo si impide la integración de la nueva información en su sistema actual de creencias. Al mismo tiempo, la preocupación puede ser beneficiosa en tanto en cuanto supone un intento cognitivo por anticipar y estar preparado ante la amenaza, pero desadaptativo cuando no consigue resolver la incertidumbre surgida por el pensamiento o la imagen catastrófica. Es decir, que algunos enfermos oncológicos desarrollan el estilo de afrontamiento de Preocupación Ansiosa, que consiste en una excesiva preocupación por los síntomas físicos, el miedo a la recurrencia y a no poder controlar la situación, pero que sin embargo puede tratarse satisfactoriamente con terapia cognitivo-conductual (Moorey y Greer, 1989).

Si en este trabajo intentamos abordar los aspectos atribucionales y de afrontamiento al cáncer no podemos obviar la aportación de Greer y Moorey, ya que plantean a partir del esquema de supervivencia, cinco estrategias de afrontamiento al cáncer: Espíritu de Lucha, Desamparo/Desesperanza, Preocupación Ansiosa, Fatalismo y Evitación/Negación. En el *Espíritu de Lucha*, el paciente percibe la enfermedad como un desafío y presenta una actitud positiva ante la situación que tiene que vivir. Tratará de buscar información sobre la enfermedad aunque no de un modo excesivo, participará activamente en el tratamiento y cambiará alguna pauta de su comportamiento nociva para la salud. En el *Desamparo/desesperanza*, el paciente se siente desbordado por la magnitud de la amenaza del cáncer, abandonando generalmente muchas de sus actividades diarias. *Preocupación Ansiosa*, consiste en una actitud

marcada por la ansiedad producida por la incertidumbre que le supone el pronóstico y sobre su capacidad de control. El *Fatalismo* hace referencia básicamente a una aceptación pasiva y, por último con la *Evitación* o negación, el enfermo niega el impacto de la enfermedad.

La investigación en afrontamiento y cáncer ha terminado teniendo muy en cuenta el estilo de afrontamiento del individuo ante la enfermedad. Es decir, el modo característico en que valora y responde a la amenaza y a la experiencia del cáncer, por lo que el afrontamiento conlleva un estilo conductual/actitudinal relativamente duradero y similar a un rasgo de personalidad. Como ejemplos de esta corriente nos podemos encontrar las estrategias de afrontamiento ya mencionadas de Greer y Moorey (1989) o los trabajos de Temoshock y Dreher (1992) sobre Patrón de Conducta Tipo C. Estos últimos, aunque no tienen suficiente apoyo empírico, la plantean como una personalidad evitadora de pensamientos y emociones negativas, sobre todo de la expresión de la ira y que reacciona ante las situaciones estresantes utilizando como principal estrategia de afrontamiento el desamparo y la desesperanza (Andreu, 1998).

Otros trabajos plantean el optimismo como un rasgo de personalidad relacionado con el ajuste al cáncer, donde no se evalúa aquí el optimismo específico hacia un resultado concreto (ej. curarse de la enfermedad) sino el optimismo disposicional, es decir, la creencia general de que el futuro le va a deparar a uno más resultados positivos que negativos. Así, una mayor tendencia al optimismo suele estar asociado a estrategias de afrontamiento más activas tras la cirugía de mama

(Carver et al., 1993). En un estudio realizado con mujeres con cáncer de mama en tratamiento de radioterapia Matthews y Cook (2009) encuentran que el optimismo (considerado como la tendencia general a creer que sucederán cosas buenas en el futuro y que las malas raramente ocurrirán) correlacionaba con bienestar. Ahora bien, en dicho estudio de las tres variables que medían optimismo sólo el sentido de trascendencia personal mediaba entre éste y bienestar, sin embargo, apoyo social y estrategias de afrontamiento centradas en el problema no mostraron relación. No obstante, parece ser que optimismo y pesimismo son dimensiones independientes (Pinquart et al., 2007) llegando a afirmar incluso que es más importante ante un diagnóstico de cáncer presentar menos pesimismo que ser optimista.

Para Brennan (2001) la corriente del estilo de afrontamiento tiene sus limitaciones porque hace referencia más a respuestas conductuales consistentes que a variables de una situación específica que puede cambiar a lo largo del tiempo dependiendo de los diferentes estresores. Por ejemplo, la preocupación ansiosa puede ser poco habitual en un enfermo sometido a tratamiento, pero ser más típico en aquel que acude al hospital para una revisión.

2.3.- INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Son muchos y diversos los cuestionarios que se emplean habitualmente para evaluar afrontamiento-ajuste (aunque no sea correcto equiparar ambos conceptos) y cáncer, no importa si el trabajo tenga procedencia española o internacional. La diversidad es muy amplia, lo que plantea dificultades y muchas dudas a la hora de diseñar una investigación, como apuntan Soriano (2004) e Ibañez (en prensa) falta estructura teórica a la psicooncología. La evaluación en psicooncología está todavía lejos de consenso y sistematización, a veces no se tienen en cuenta los estadios de la enfermedad (Ibañez, 1991) y otras, por ejemplo, la localización tumoral, el nivel de incapacitación o las alteraciones en la imagen corporal (Blanco, 2000). A continuación se describen las escalas que escogimos para nuestro trabajo por ser instrumentos suficientemente validados y que pensamos nos iban a ayudar a medir creencias y afrontamiento:

- *El Cuestionario IPQ (Illness Perception Questionnaire) de Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne (1996)* mide las representaciones cognitivas de la enfermedad a través de cinco escalas: identidad (los síntomas que el paciente asocia con la enfermedad), causa (creencias sobre su etiología), tiempo (la duración que cree que tendrá su enfermedad), consecuencias de la enfermedad, control sobre curación (en qué medida piensa que puede recuperarse de la enfermedad).

- **La Escala de Modos de Afrontamiento WCS (Ways of Coping) de Lazarus y Folkman (1985)** (Adaptación española de J. Sanchez-Cánovas) que consta de ocho subescalas: Confrontación, Distanciamiento, Autocontrol, Búsqueda de Apoyo Social, Aceptación de la Responsabilidad, Huida-Evitación, Planificación y Reevaluación Positiva.
- **Cuestionario COPE (Coping Orientations to Problems Experienced Scale) de Carver, Scheier y Weintraub (1989)** (Adaptación española de J.F. Soriano) que mide *Afrontamiento Activo*, es decir, el proceso de toma de pasos sucesivos, o de manera ordenada, para eliminar o disminuir los efectos del estresor. Incluye acciones directas, incremento en los esfuerzos personales e intentos por la puesta en práctica de estrategias sucesivas para hacer frente al problema directamente. *Planificación*, referido al pensamiento sobre cómo hacer frente a un estresor y conlleva la elaboración de estrategias, reflexionar sobre qué pasos dar y cuál pueda ser la mejor forma de resolver el problema. *Eliminación de actividades interfirientes*, que hace referencia a la puesta en segundo plano de otros proyectos o actividades para evitar la distracción del problema por la interferencia de otros problemas. *Afrontamiento restringido* (esperar hasta la aparición de de la oportunidad apropiada para actuar y así evitar las actuaciones precipitadas), *Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales* (es la búsqueda de consejo, asistencia o información), *Búsqueda de apoyo emocional por razones emocionales* (búsqueda de apoyo moral, simpatía o comprensión), *Desahogo de emociones*, *Retirada comportamental* (se reduce el esfuerzo a

hacer frente al estresor y se renuncia a metas cuando el estresor interfiere), *Retirada mental* (aquellas acciones que sirven para distraer a la persona de la meta que pretenden alcanzar cuando el estresor la está interfiriendo), *Reinterpretación positiva y crecimiento* (equivalente a la escala de reevaluación positiva tomada de Lazarus y cols, 1984), *Negación* (implica un rechazo a la creencia de que el estresor existe o como un intento hacia la consideración de que el estresor no es real), *Aceptación* (aspecto opuesto a la negación y supone que la persona se implica en el manejo de la situación), *Religión* (tendencia religiosa en momentos de estrés o preocupación), *Retirada con alcohol y/o drogas* (“Bebí alcohol o tomé drogas para pensar menos en el problema”)

- ***El Short Interpersonal Reactions Inventory (SIRI)*** de ***Grossarth-Maticek y Eysenck (1990)***, que consta de 70 ítems y evalúa 6 tipos de reacción al estrés psicosocial. El Tipo I: Predisposición al Cáncer, ante sucesos vitales como pérdida de un *objeto* querido o frustración por no reforzamiento, los individuos tipo 1 tienden a reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión, depresión, tendencia a idealizar tales objetos y represión de las reacciones emocionales abiertas. El Tipo II: Predisposición a la enfermedad coronaria. Estos individuos tienden a reaccionar al estrés mediante excitación general, ira e irritación crónicas, a evaluar de forma extrema los objetos perturbadores y a fracasar en los intentos de establecer relaciones emocionales estables. Tipo III: Tipo histérico: Sus características suelen alternar

entre las formas 1 y 2. Tipo IV: Se trata de un tipo saludable, aquellos individuos en los que predomina este tipo poseen marcada autonomía en su comportamiento. Tipo V: Tipo Racional-antiemocional. Se define por la tendencia a emitir reacciones racionales y antiemocionales. Tipo VI: Tipo Psicopático. Tendencia a reaccionar mediante conductas claramente antisociales.

- *Tanto para las escalas de **Control Externo vs. Control Interno** como el cuestionario **Life Orientation Test (LOT)** se consultó el utilizado por Rosbund (1989) en el que unifica ambas. En el primer caso, se basan en el concepto de locus de control de Rotter, para determinar si el sujeto percibe una situación determinada por él mismo en contraposición a la percepción de que está regida por factores externos. Respecto al Life Orientation Test (Scheier y Carver, 1985) que mide optimismo vs. pesimismo está muy relacionado con las escalas de control externo-interno. Trata de evaluar el grado de satisfacción del individuo con su pasado o posible futuro.*
- ***El Inventario de Problemas Psicosociales en Enfermas de Cáncer (IPPEC)** elaborado por Rosbund (1989) refleja las situaciones o vivencias que pueden constituir un problema psicosocial para la paciente, como consecuencia de su enfermedad y de su tratamiento. Así mismo, evalúa el grado de estrés que estos problemas desencadenan y, de una forma global, las estrategias de afrontamiento del estrés que las pacientes utilizan, en relación a los problemas específicos que se les plantean tras la enfermedad. El*

inventario se realizó por medio de una entrevista semiestructurada a pacientes con cáncer de mama y genitales. La selección de los 85 problemas, de que consta el inventario, se basó en tres criterios: a) las frecuencias arrojadas por la entrevista; b) abarcar el mayor número de ámbitos problemáticos de las pacientes; y, c) cada ítem tenía que describir problemas específicos y lo más concretos posibles. Los ítems cubren trece áreas relevantes de la vida de la paciente de cáncer: información sobre la enfermedad, observancia de las normas terapéuticas, miedos, atribución del origen de la enfermedad, esquema corporal, alteraciones psíquicas, sensaciones corporales, autoconfianza, interacción con la pareja, sexualidad, familia, actividades cotidianas y trabajo.

2.4 OBJETIVO DEL ESTUDIO

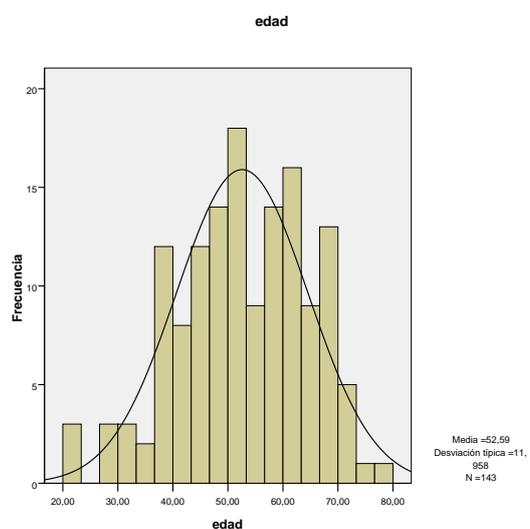
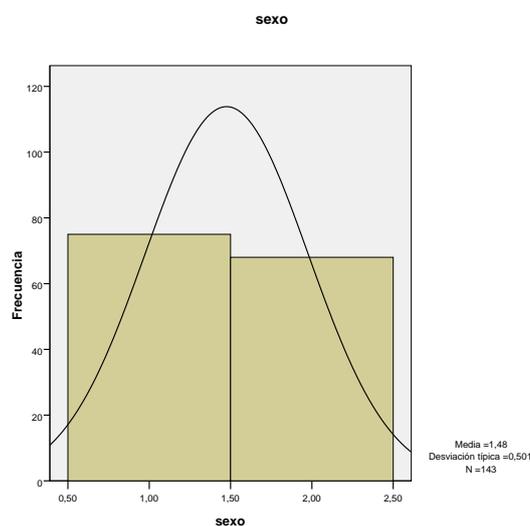
Nuestro objetivo inicial fue elaborar un cuestionario o inventario que nos pudiera ayudar en la entrevista inicial a conseguir la información necesaria para enfocar posteriormente la intervención psicológica. Nos interesaban aspectos como las atribuciones y creencias, el control percibido, la valoración de sus propios recursos y sus estrategias de afrontamiento, así como la actitud ante la vida y la propia enfermedad. Se trataba de obtener un instrumento de medida, a modo de entrevista, para agilizar ésta y a partir de la información recogida iniciar el abordaje psicoterapéutico. Nuestro deseo habría sido, por un lado ampliar lo máximo la información sobre el paciente, introduciendo también aspectos relacionados con el área sexual, apoyo social, principales reacciones emocionales e incluso distress y por otro, poderlo aplicar independientemente del estadio de la enfermedad y de la localización tumoral.

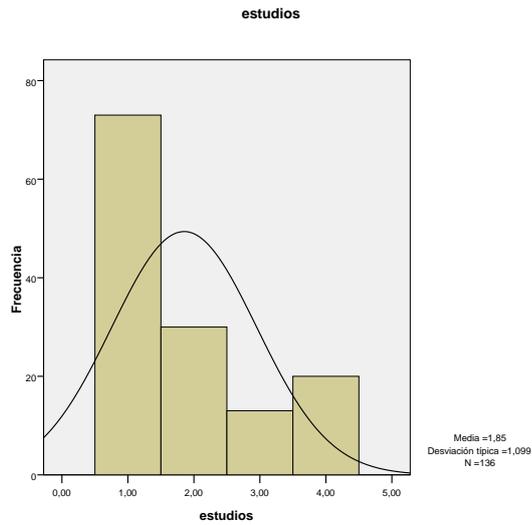
Pero como apuntan Blanco y Antequera (2000), las áreas en las que se puede centrar la evaluación psicológica en pacientes oncológicos, deben ir paralelas a los objetivos de la intervención, así que pronto nos dimos cuenta de la ambición de nuestro sueño. Decidimos por tanto, centrarnos en las atribuciones, creencias y control percibido, además de en el afrontamiento porque en ausencia de una sistematización en la intervención psicológica pensamos son elementos clave a la hora de llevar a cabo la misma.

3. PARTE EXPERIMENTAL

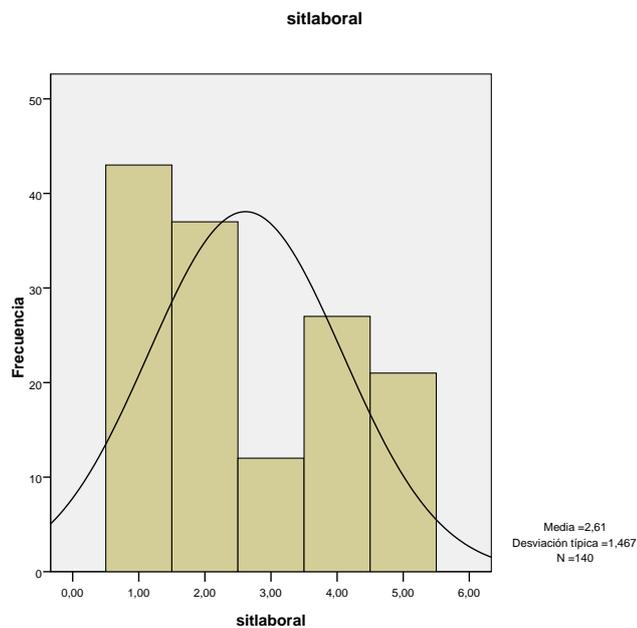
3.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

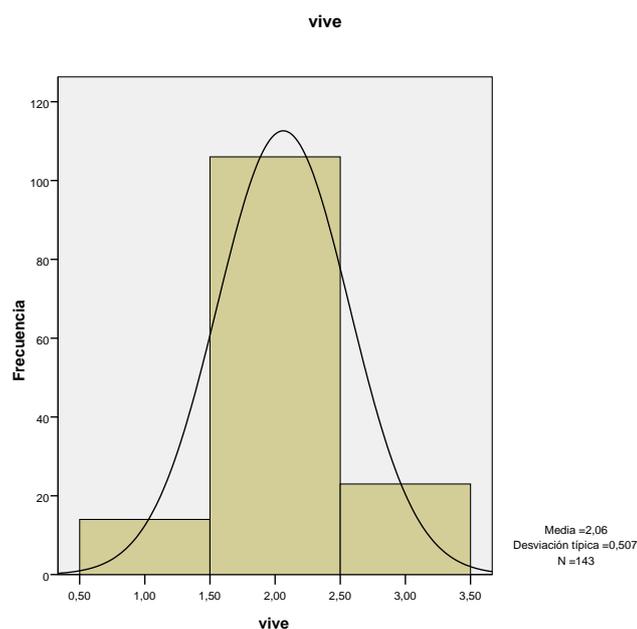
La muestra estaba formada por 146 enfermos de edades comprendidas entre 20 y 78 años, de los cuales 75 fueron mujeres y 68 varones. El 51% (N=73) había cursado estudios primarios, el 21% (N=30) Bachiller o Formación Profesional, el 9.6 (N=13) alguna diplomatura y el 14% (N=20) eran licenciados.





En cuanto a su situación laboral, el 65% (N=80) se encontraba de baja, el 8.4% (N=12) en paro, el 18.9% (N=27) eran jubilados o prejubilados y el resto, un total de 21 pacientes, correspondientes al 14.7% (N=21), no trabajaban. La mayoría de ellos (74.1%, N=106) vivían en pareja, el 16.1% (N=23) vivía con otros familiares y el 9.8% (N=14) vivía solo.

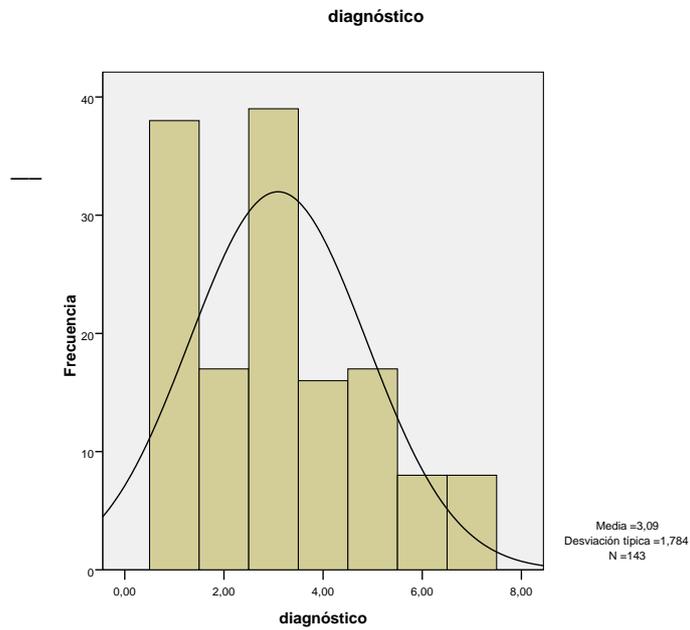
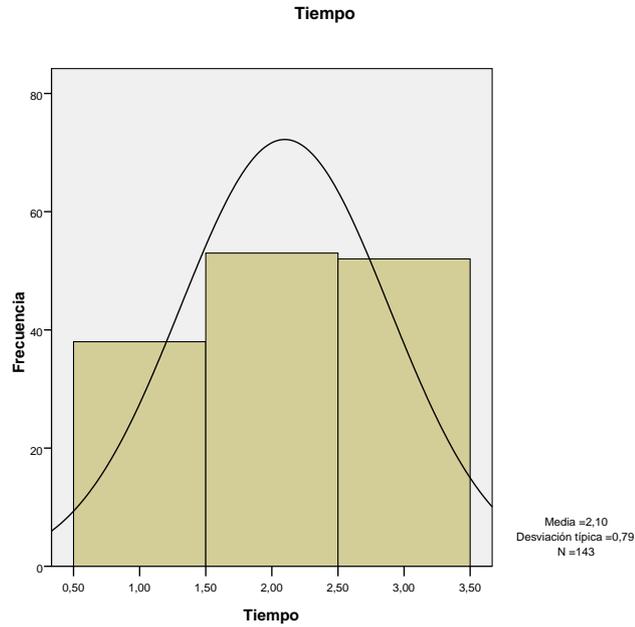




Los diagnósticos variaban desde cáncer de mama (26.6%, N=38), ginecológico (11.9%, N=17), pulmón (11.2%, N=16), urológico (11.9, N=17), digestivo (5.6%, N=8), melanoma (5.6%, N=8) y un grupo mixto formado por sarcoma, cabeza y cuello y linfoma (27.3%, N=39). De estos diagnósticos, el 57% (N=82) era un adenocarcinoma y el 42% (N=60) presentaba diferente histología (como melanoma o carcinoma epidermoide).

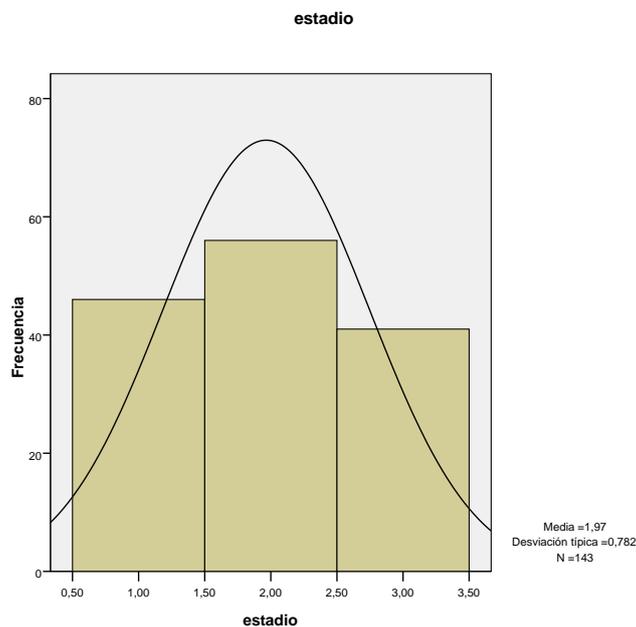
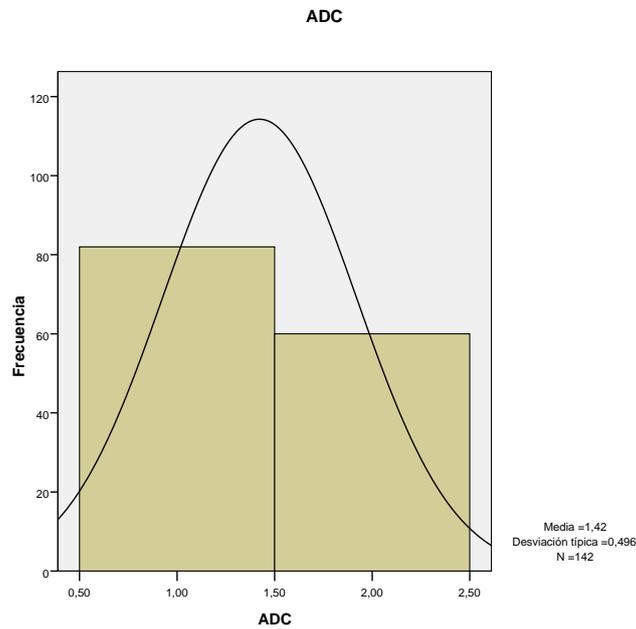
En ningún caso el diagnóstico del cáncer había sido comunicado en un periodo más largo de 6 meses hasta el momento del estudio.

No obstante, en el momento del estudio agrupamos a los pacientes en tres categorías en función de la fecha de su diagnóstico, es decir, aquellos que habían sido informados antes de un mes (26.6%, N=38), entre 2 y 3 meses (37.1%, N=53) y menos de 6 meses (36.4%, N=52).

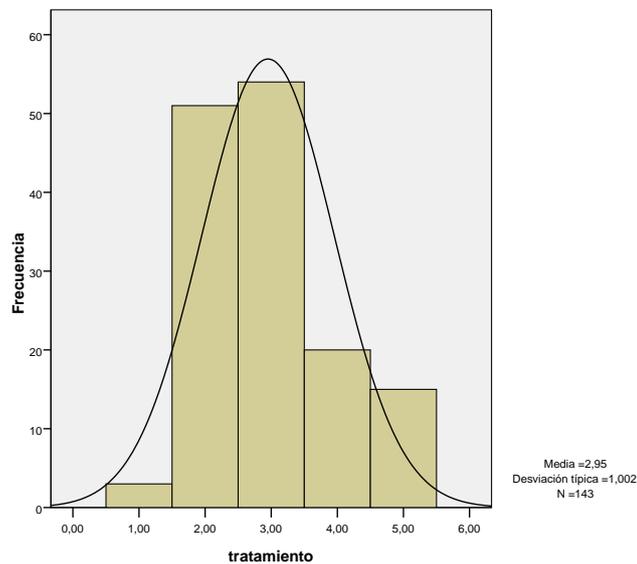
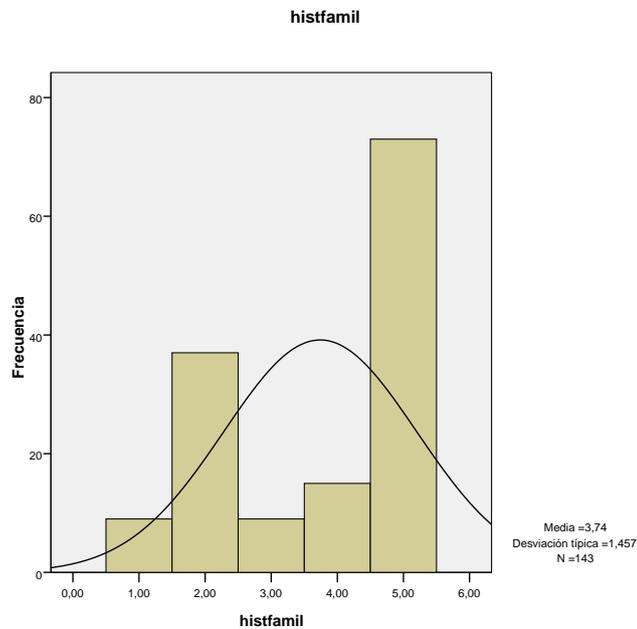


Respecto al estadio, el 32.2% (N=46) no presentaba adenopatías ni metástasis, denominamos a este grupo estadio I, el 39.2% (N=56) tenía sólo ganglios afectados (Estadio II) y el 28.7% (N=41) ya presentaban

alguna metástasis (Estadio III). No todos los pacientes había recibido tratamiento oncológico ya que el 37.8% (N=53) solo fue sometido a biopsia amplia o cirugía, el 35.7% (N=54) quimioterapia, el 14% (N=20) cirugía con quimioterapia, mientras que al 10.5% restante (N=15) se le administró quimioterapia y radioterapia además de la cirugía.



Por último quisimos también tener en cuenta la historia familiar, dado que muchos trabajos previos sostienen que esta variable tiene relevancia en el esquema atribucional del paciente, así clasificamos los pacientes de nuestra muestra en 5 grupos: a) aquellos con historia familiar de primer grado y mismo tumor que el propio (6.3%, N=9); b) historia familiar de primer grado pero distinto tumor (25.9%, N=37); c) otro miembro familiar pero mismo tumor (6.3%, N=9); d) otro miembro familiar pero con distinto tumor al propio (10.5%, N=15); y, e) pacientes sin historia familiar (51%, N=73).



3.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Son muchos y diversos los cuestionarios que la comunidad científica emplea habitualmente para evaluar afrontamiento-ajuste (aunque no sea correcto equiparar ambos conceptos) y cáncer, no importa si el trabajo tenga procedencia española o internacional. La diversidad es muy amplia, lo que plantea dificultades y muchas dudas a la hora de diseñar una investigación, como apuntan Soriano (2004) e Ibañez (en prensa) falta estructura teórica a la psicooncología. Explicamos a continuación los ítems que seleccionamos de los cuestionarios utilizados y ya descritos en la parte teórica, sabiendo que quizás no queden suficientemente claros los criterios de selección de los mismos. Por un lado, pretendíamos a través del cuestionario centrarnos en la valoración que el enfermo hace de su enfermedad, pero por otro, recoger el máximo de información de cara a un abordaje terapéutico posterior. Quedan descritos los ítems detalladamente en el Anexo I:

- A. *Del cuestionario IPQ (Illness Perception Questionnaire) de Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne (1996) utilizamos todas las escalas (causa, tiempo, consecuencias y control sobre curación) a excepción de la de identidad, que fue eliminada, por englobar ítems como dolor, náusea, pérdida de peso, fatiga, dolor de cabeza, entre otros. (Anexo I.)*

- B. *De la escala de Modos de Afrontamiento WCS (Ways of Coping) de Lazarus y Folkman (1985) (Adaptación española de J. Sanchez-Cánovas)*

seleccionamos íntegramente la escala de Distanciamiento, la escala de Autocontrol pero eliminando el ítem 6 (“No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta) y la escala Huida-Evitación en su totalidad. Tan solo conservamos un ítem de la escala de Planificación (“Recurro a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar”). (Anexo II)

C. *Del cuestionario COPE de Carver, Scheier y Weintraub (Adaptación española de J.F. Soriano)* incluimos todos los ítems de las escalas Búsqueda de Apoyo Social por razones instrumentales y Búsqueda de apoyo emocional por razones emocionales porque nos pareció importante tener en cuenta algún aspecto de la valoración del paciente de su entorno social. También incluimos Reinterpretación positiva y crecimiento y Aceptación por tratarse de escalas más basadas en valoración que en afrontamiento. Conservamos un único ítem de Planificación (“Pienso sobre cómo podría manejar mejor el problema”) y eliminamos Afrontamiento activo, Eliminación de actividades interfirientes, Afrontamiento restringido, Religión, Desahogo de emociones, Negación, Retirada comportamental, Retirada mental y Retirada con alcohol y drogas, por el mismo motivo, es decir, por tratarse de escalas que hacían más referencia a afrontamiento que a valoración. (Anexo III)

D. *Del Short Interpersonal Reactions Inventory (SIRI) de Grossarth-Maticek y Eysenck (1990)*, tuvimos

en cuenta lógicamente el Tipo I: por ser el estilo de personalidad relacionado directamente con el Cáncer. Incluimos la totalidad de sus ítems. (Anexo IV)

E. *De las escalas de Control Externo vs. Control Interno y el cuestionario Life Orientation Test (LOT)* se escogieron 7 ítems de control externo, 6 de control interno, 7 de optimismo y 6 de pesimismo. (Anexo V)

F. *Del Inventario de Problemas Psicosociales en Enfermas de Cáncer (IPPEC)* se seleccionaron 8 ítems que hacían referencia a aspectos del entorno social del paciente, relación con la pareja y área sexual. (Anexo VI.)

Por último, introdujimos un total de 41 enunciados de diferentes pacientes que habíamos ido recogiendo en las sesiones de terapia durante los meses previos al inicio del presente estudio. Se describen también en el Anexo VII

Tras este proceso de selección y de recogida de ítems, nos quedamos con 148. Por consiguiente, la siguiente tabla de ítems muestra el trabajo de donde partimos, teniendo cada uno de ellos 4 opciones de respuesta: Nada/nunca, Algo/En alguna ocasión, Bastante/Con frecuencia, Totalmente/Siempre.

	Nada/ Nunca	Algo/ En alguna ocasión	Bastante/ Con frecuencia	Total- mente/ Siempre
1. Desde la enfermedad me siento inseguro/a en el trato con las demás personas				
2. Lo que yo haga puede determinar el que yo mejore o empeore				
3. Descargo mi rabia sobre quien no tiene la culpa				
4. Sigo adelante como si no pasara nada				
5. Busco consejo de alguien sobre qué hacer				
6. Si yo caigo, mi familia cae conmigo				
7. Ha sido una casualidad que yo cayera enfermo/a				
8. Suelo cumplir más las expectativas de la gente cercana a mí que mis propias necesidades				
9. Me considero una persona fuerte				
10. Quiero ver crecer a mis hijos y envejecer con mi pareja				
11. Mi vida está determinada en la mayoría de las veces por circunstancias externas				
12. Generalmente tengo buenas experiencias en la vida				
13. La situación es bastante difícil pero hoy en día hay esperanzas				
14. Puedo hacer mucho por controlar los síntomas				
15. Sigo adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte)				
16. Soy el pilar de la casa				
17. Intento ver el problema desde un punto de vista más positivo				

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

18. La contaminación ha sido la causa de mi enfermedad				
19. Soy incapaz de expresar mis sentimientos y necesidades abiertamente a otra gente				
20. Estoy bien cuando me acuesto y duermo, así no pienso en nada				
21. Desde la enfermedad ha empeorado la relación con mi pareja				
22. Mi vida está determinada en mayor medida por fuerzas externas a mí que por mí mismo/a				
23. Soy una persona pesimista				
24. Cuanto más aplazo algo, mayor es el esfuerzo				
25. Mi recuperación o mejoría depende en gran parte del destino o el azar				
26. Busco algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intento mirar las cosas por su lado bueno				
27. Ya no soy la misma persona				
28. Hablo con alguien para saber más de la situación				
29. Otras personas han jugado un papel importante en la aparición de la enfermedad				
30. Cuando algo terrible me ocurre, tal como la muerte de un ser querido, me siento incapaz de expresar mis emociones y deseos				
31. En un segundo la vida te da un giro de 180 grados				
32. Desde la enfermedad me he apartado bastante de la vida social				
33. He tenido poca influencia en la realización de mi vida				
34. Mi vida ha transcurrido muy bien a pesar de las dificultades				
35. Quiero que la vida me de una segunda oportunidad				

36. Mi enfermedad es hereditaria				
37. Confío en que ocurra un milagro				
38. Me voy acostumbrando a la idea de lo que ha sucedido				
39. La enfermedad ha supuesto un cambio radical en mi vida y en mis proyectos				
40. Mi enfermedad la ha causado un germen o virus				
41. A menudo me siento inhibido/a cuando se trata de mostrar sentimientos negativos como la traición, la agresión o la furia				
42. Prefiero pasarlo yo a que lo pase uno de mis hijos				
43. Tengo miedo de que a causa de mi enfermedad pueda llegar a estar indefenso/a y a tener que depender de los demás				
44. La buena o mala suerte depende de mis propias decisiones				
45. Siempre he sido yo quien he tomado las decisiones de mi vida				
46. Mi enfermedad durará poco tiempo				
47. Me ayuda el seguir con mi vida y tener tiempo para recuperarme				
48. Intento guardar para mí mis sentimientos				
49. Busco algo positivo en lo que ha sucedido				
50. He aprendido a cuidarme yo				
51. Mi estado mental ha jugado un papel importante en la aparición de la enfermedad				
52. Tiendo a aceptar las condiciones que van contra mis intereses personales sin ser capaz de protestar				
53. Esto es lo que tengo, intentaré aceptarlo lo mejor posible				
54. Desde la enfermedad mi capacidad de sentir placer sexual ha				

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

disminuido				
55. Estoy descontento/a con mi vida				
56. La evolución de mi vida es responsabilidad mía				
57. No he tomado en serio la situación; me he negado a considerarla en serio				
58. Estoy aprendiendo algo de la experiencia				
59. El estrés ha sido el principal factor en causar la enfermedad				
60. Prefiero mostrarme de acuerdo con los demás que exponer mis propios puntos de vista				
61. Me ayudaría pensar en el día a día y no estar pendiente de lo que pasará dentro de un tiempo				
62. Mi pareja y yo tenemos menos relaciones sexuales que antes de la enfermedad				
63. No he podido disfrutar mucho de mi vida				
64. La mayoría de las situaciones de mi vida las he superado con seguridad				
65. Me pregunto por qué ha tenido que pasarme esto				
66. Evito estar con la gente en general				
67. Intento buscar apoyo emocional de amigos u otras personas				
68. Mi enfermedad es debida a una deficiente atención medica en el pasado				
69. Cuando me siento bajo/a de moral tiendo a inhibirme y paralizarme				
70. Mi cabeza no para de dar vueltas				
71. Desde la enfermedad mi pareja me protege demasiado				
72. Tengo tanta influencia sobre mi vida como necesito				

73. Que me pongan todo lo que haga falta para salir de esto				
74. No he aprovechado las posibilidades que me ha ofrecido la vida				
75. Intento sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando medicamentos				
76. Pregunto a la gente que ha tenido experiencias similares lo que han hecho				
77. Lo vivo lo mejor que puedo, sin ayuda sería mucho más difícil				
78. Mi enfermedad parece que va a ser mas bien duradera que temporal				
79. Tiendo a no mostrar mis sentimientos ante un golpe emocional				
80. Si se coge a tiempo se puede vivir con él.				
81. Desde la enfermedad mi deseo de tener relaciones sexuales ha disminuido				
82. Otras personas tienen más influencia sobre mi vida que yo mismo/a				
83. La vida me ha dado todo lo que he necesitado				
84. Este es otro problema más de los que ya tengo				
85. Oculto a los demás lo mal que me van las cosas				
86. Me ayuda la comprensión y la simpatía de alguien				
87. Mi enfermedad va a ser interminable				
88. Me resulta difícil defenderme				
89. Yo creo que voy a poder con esto				
90. Nadie puede ayudarme mejor que yo mismo/a				
91. Aún espero muchas cosas buenas				

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

del futuro				
92. Intento que mis sentimientos no interfieran demasiado con otras cosas				
93. Mi cuerpo ha cambiado mucho				
94. Pienso sobre cómo podría manejar mejor el problema				
95. Mi enfermedad es debida a mi propia conducta				
96. Tiendo a ceder y a abandonar mis propias metas para aumentar la armonía con los demás				
97. No tengo miedo a morir pero si a sufrir				
98. Los problemas que surgen en mi vida los supero yo mismo/a				
99. Mi vida no ha valido la pena en muchos sentidos				
100.Lo superaré pero me va a costar				
101.Intentado no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi propio impulso				
102.Intentado crecer como persona tras resolver la situación				
103.Mi enfermedad no ha tenido demasiadas consecuencias en mi vida				
104.A veces pienso que es un mal sueño				
105.La mayoría de las decisiones de mi vida las toman los demás				
106.Mi enfermedad es grave				
107.Me dicen que no me preocupe, que poco a poco nos acostumbraremos				
108.No espero muchas cosas buenas del futuro				
109.Como individuo, no puedo determinar mi vida				
110.Acepto que ha ocurrido y que no				

puede cambiarse				
111.La dieta ha jugado un papel principal en la aparición de la enfermedad				
112.Siento que no me entienden				
113.Miro al futuro con una total confianza				
114.Pienso cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomo como modelo				
115.No puedo hacer nada contra esta enfermedad, no está en mis manos				
116.Recurro a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar				
117.Le cuento a alguien cómo me siento				
118.Mi enfermedad ha ido haciéndose cada vez más fácil de llevar				
119.He sido una buena persona				
120.Tengo sobre mi vida menos control del que desearía tener				
121.Estoy contento/a con mi vida				
122.Fantaseo e imagino el modo en que podrían cambiar las cosas				
123.Confío en el tratamiento médico				
124.Comento mis sentimientos con alguien				
125.Mi enfermedad ha tenido consecuencias importantes en mi vida				
126.Tengo mucha fe. La fe me da fuerzas				
127.No permito que me venza; rechazo pensar en el problema mucho tiempo				
128.Confío en mí mismo/a				
129.Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre el problema				

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

130.Mi enfermedad ha afectado mucho el modo en que me ven los demás				
131.Es una enfermedad que se supera, se puede salir adelante con ella				
132.He aprendido a vivir con el problema				
133.Deseo que la situación se desvanezca o termine de algún modo				
134.Yo no se lo que es un cáncer				
135.Poco se puede hacer para mejorar mi enfermedad				
136.Me niego a creer lo que me ha sucedido				
137.La enfermedad ha influido mucho en la forma en que me veo a mi mismo/a				
138.Mi enfermedad mejorará con el tiempo				
139.Es una enfermedad más que se puede curar si no le tienes miedo				
140.La enfermedad ha tenido importantes consecuencias económicas				
141.Sigo adelante como si no hubiera pasado nada				
142.Construyo metas y se destruyen por diferentes circunstancias				
143.Repaso mentalmente lo que haría o diría				
144.Acepto que ha sucedido				
145.Quien decide sobre mi enfermedad soy yo				
146.Intentó olvidarme de todo				
147.El tratamiento será efectivo en curar mi enfermedad				

148. Al principio se te escapa de las manos, luego aprendes a tomarte la vida de otra manera				
--	--	--	--	--

3.3 PROCEDIMIENTO

Una vez localizados los pacientes a través de los servicios de citación del hospital, se procedió a pasar nuestra tabla de ítems empezando por los pacientes con tumores urológicos. Después de la consulta médica, la investigadora principal se identificaba ante al paciente y a continuación se le solicitaba su colaboración. Si respondían afirmativamente y una vez firmado el consentimiento informado (Anexos VIII y IX), procedíamos en uno de los despachos libres del servicio de urología a administrarle la prueba. En ningún caso se le pidió al enfermo que realizara la prueba de forma individual intentando conseguir con esto que el enfermo comprendiera todos y cada uno de los ítems preguntados.

Una vez obtenido el número suficiente de enfermos diagnosticados de cáncer de vejiga, próstata, riñón y testículo, procedimos a seguir reclutando la muestra, de la misma forma, pero a partir de enfermos hospitalizados. Es decir, el resto de pacientes fueron entrevistados aprovechando su ingreso en el centro, bien para cirugía (de mama o ginecológica) o bien en hospital de día durante la administración de la quimioterapia. Con ello además de resultarnos liviano a la hora de obtener los datos médicos y personales del enfermo, se conseguía distorsionarle lo mínimo puesto que la estancia por parte del enfermo en el centro iba a ser relativamente larga, desde días en el caso de la cirugía, a varias horas, si se trataba de quimioterapia.

3.4 RESULTADOS

Mediante la aplicación del Análisis Factorial, método de componentes principales y rotación varimax, se obtuvo una primera solución de 18 factores, siguiendo el criterio de káiser. Dado que muchos no eran interpretables se procedió a ir eliminando aquellos que no saturaban de forma significativa (.03) en ningún factor y aquellos que saturaban significativamente en varios factores. En tercer lugar y al mismo tiempo, se iban reduciendo el número de factores cuando éstos quedaban sin ítems. Esto supuso una realización de 200 factoriales puesto que cada vez que quitábamos un factor o un ítem se repetía nuevamente el análisis por tratarse de una técnica multivariada.

Como consecuencia de los diferentes análisis factoriales y tras ir eliminando los sucesivos ítems, finalmente quedaron 6 factores que se muestran a continuación:

El primero de ellos decidimos denominarlo *Expectativas de buen pronóstico y confianza en el tratamiento* debido a que la totalidad de sus ítems hacían referencia a un marcado optimismo respecto a la curación unido a la creencia de que el tratamiento será efectivo. De los doce ítems que lo componen, 4 procedían de la escala Control sobre Curación del cuestionario IPQ (Mi enfermedad mejorará con el tiempo, El tratamiento será efectivo en curar mi enfermedad, Puedo hacer algo para mejorar mi enfermedad y Mi enfermedad no será interminable) y uno correspondía a

Consecuencias (Mi enfermedad no es grave) del mismo cuestionario, 4 eran enunciados de los enfermos (Es una enfermedad más que se supera, se puede salir adelante con ella, Yo creo que voy a poder con esto, Es una enfermedad más que se puede curar si no le tienes miedo y Confío en el tratamiento médico). Los tres ítems restantes “Espero muchas cosas buenas cosas buenas del futuro”, correspondía a Pesimismo; “He tomado la situación en serio, la considero con respeto” era de la escala de distanciamiento del cuestionario WSC; y, “Como individuo puedo determinar mi vida” de la escala de Control Interno/Control Externo. A continuación se exponen los ítems con sus respectivas saturaciones:

Factor 1.- EXPECTATIVAS DE BUEN PRONÓSTICO, CONFIANZA EN EL TRATAMIENTO

Mi enfermedad mejorará con el tiempo	.763
Es una enfermedad más que se supera, se puede salir adelante con ella	.651
Yo creo que voy a poder con esto	.650
El tratamiento será efectivo en curar mi enfermedad	.643
Puedo hacer algo para mejorar mi enfermedad	.624
Es una enfermedad más que se puede curar si no le tienes miedo	.617
Confío en el tratamiento médico	.565
Mi enfermedad no será interminable	.561
Espero muchas cosas buenas del futuro	.491
He tomado en serio la situación, la considero con respeto	.474
Como individuo puedo determinar mi vida	.419
Mi enfermedad no es grave	.339

El segundo factor, está compuesto por diversos ítems de los diferentes cuestionarios.

Es decir, tanto de SIRI (“A menudo me siento inhibido cuando se trata de mostrar sentimientos negativos, como la traición, la agresión o la furia” y “Cuando algo terrible me ocurre, tal como la muerte de un ser querido, me siento incapaz de de expresar mis emociones y deseos”) como de la escala de Autocontrol (“Intento guardar para mí mis sentimientos” y “Oculto a los demás lo mal que me van las cosas”) y Huida-Evitación (“Fantaseo e imagino el modo en que podrían cambiar las cosas”) del WSC, de la escala Optimismo/Pesimismo (“No he podido disfrutar mucho de mi vida”, “La vida no siempre me ha dado lo que he necesitado” y “No he aprovechado las posibilidades que me ha ofrecido la vida”) y Control Externo (“He tenido poca influencia en la realización de mi vida”), enunciados de los enfermos (“Siento que no me entienden” y “Construyo metas y se destruyen por diferentes circunstancias”); y un único ítem del IPPEC (“Desde la enfermedad me siento inseguro/a en el trato con las demás personas”).

A pesar de la diversidad de su procedencia, nos pareció que en conjunto, hacían referencia a una marcada tendencia a ocultar o reprimir emociones y a un sentimiento de fracaso o pesimismo general ante la vida, por lo que decidimos denominarlo *Represión emocional y Pesimismo*. A continuación se exponen los citados ítems con sus respectivas saturaciones:

Factor 2.- REPRESIÓN EMOCIONAL Y PESIMISMO

85.	Oculto a los demás lo mal que me van las cosas	.662
63.	No he podido disfrutar mucho de mi vida	.662
1.	Desde la enfermedad me siento inseguro/a en el trato con las demás personas	.591
112.	Siento que no me entienden	.585
33.	He tenido poca influencia en la realización de mi vida	.562
41.	A menudo me siento inhibido cuando se trata de mostrar sentimientos negativos, como la traición, la agresión o la rabia	.531
142.	Construyo metas y se destruyen por diferentes circunstancias	.529
122.	Fantaseo e imagino el modo en que podrían cambiar las cosas	.506
83.	La vida no siempre me ha dado lo que he necesitado	.458
74.	No he aprovechado las oportunidades que me ha ofrecido la vida	.454
30.	Cuando algo terrible me ocurre, tal como la muerte de un ser querido, me siento incapaz de expresar mis emociones y deseos	.446
48.	Intento guardar para mí mis sentimientos	.398

En el tercer factor, se agruparon 4 ítems de la escala Control Interno/Externo (“La mayoría de las situaciones de mi vida las he superado con seguridad”, “Los problemas que surgen en mi vida los supero yo mismo/a”, “Siempre he sido yo quien he tomado las decisiones de mi vida” y “La evolución de mi vida es responsabilidad mía”); del cuestionario COPE, 2 ítems de la escala de Aceptación (“Me voy acostumbrando a la idea de lo que ha sucedido” y “Acepto que ha sucedido”)

y uno de Reinterpretación positiva y Crecimiento (“Intento ver el problema desde un punto de vista más positivo”); 2 de la escala Optimismo/Pesimismo (“Estoy descontento/a con mi vida” y “Mi vida ha transcurrido muy bien a pesar de las dificultades” y los dos restantes procedían de los enunciados de los enfermos (“Confío en mi mismo” y “Me considero una persona fuerte”). Exponemos a continuación el factor con las saturaciones de los diferentes ítems que lo componen, el cual llamamos *Autoconfianza y Aceptación*

Factor 3.- AUTOCONFIANZA Y ACEPTACIÓN

64.	La mayoría de las situaciones de mi vida las he superado con seguridad	.637
128.	Confío en mí mismo	.605
121.	Estoy descontento/a con mi vida	.582
34.	Mi vida ha transcurrido muy bien a pesar de las dificultades	.578
98.	Los problemas que surgen en mi vida los supero yo mismo/a	.561
45.	Siempre he sido yo quien he tomado las decisiones de mi vida	.557
17.	Intento ver el problema desde un punto de vista más positivo	.537
9.	Me considero una persona fuerte	.503
56.	La evolución de mi vida es responsabilidad mía	.487
38.	Me voy acostumbrando a la idea de lo que ha sucedido	.465
144.	Acepto que ha sucedido	.361

De los 11 ítems de los que estaba formado el factor 4, la mitad de ellos procedían de los enunciados de los pacientes (“Al principio se te escapa de las manos, luego aprendes a tomarte la vida de otra manera”, “Me pregunto por qué ha tenido que pasarme esto”, “Me dicen que no me preocupe, que poco a poco nos acostumbraremos”, “No tengo miedo a morir, pero sí a sufrir”, “A veces pienso que es un mal sueño”, “Tengo mucha fe, la fe me da fuerzas”)

Tres ítems correspondían a las escalas de distanciamiento y huida-evitación del WSC (“Deseo que la situación se desvanezca o termine de algún modo”, “Confío en que ocurra un milagro” y “No permito que me venga, rechazo pensar en el problema mucho tiempo”).

Los dos ítems restantes procedían de la escala de control sobre curación del IPQ (“Mi recuperación depende del destino o del azar”) y del IPPEC (“Tengo miedo de que a causa de la enfermedad pueda llegar a estar indefenso/a y a tener que depender de los demás”).

Por el alto contenido de ítems que hacían referencia a un distanciamiento o protección respecto a la enfermedad, lo denominamos *Distanciamiento y Huida-Evitación*.

A continuación se exponen los ítems de este cuarto factor con sus respectivas saturaciones:

Factor 4.- DISTANCIAMIENTO, HUIDA-EVITACIÓN

148.	Al principio se te escapa de las manos, luego aprendes a tomarte la vida de otra manera	.627
133.	Deseo que la situación se desvanezca o termine de algún modo	.558
37.	Confío en que ocurra un milagro	.530
65.	Me pregunto por qué ha tenido que pasarme esto	.514
43.	Tengo miedo de que a causa de la enfermedad pueda llegar a estar indefenso y a tener que depender de los demás	.507
25.	Mi recuperación depende del destino o el azar	.501
107.	Me dicen que no me preocupe que poco a poco nos acostumbraremos	.493
97.	No tengo miedo a morir, pero si a sufrir	.484
104.	A veces pienso que es un mal sueño	.477
126.	Tengo mucha fe. La fe me da fuerzas	.441
127.	No permito que me venza, rechazo pensar en el problema mucho tiempo	.421

Los 7 ítems que se agruparon en el factor 5, 3 de ellos hacían referencia a la escala Consecuencias del cuestionario IPQ (“La enfermedad ha supuesto un cambio radical en mi vida y en mis proyectos”, “Mi enfermedad ha influido mucho en la forma en que me veo a mí mismo/a” y “Mi enfermedad ha influido mucho en la forma en que me ven los demás”), los ítems restantes procedieron de los enunciados de los enfermos (“La enfermedad ha supuesto un cambio radical en mi

vida y en mis proyectos”, “Ya no soy la misma persona”, “Mi cuerpo ha cambiado mucho” y “Lo vivo lo mejor que puedo, sin ayuda sería mucho más difícil”). Sin ninguna duda denominamos a este factor *Consecuencias negativas de la enfermedad*, las saturaciones de los ítems quedan mostradas a continuación:

Factor 5.- CONSECUENCIAS NEGATIVAS DE LA ENFERMEDAD

125.	Mi enfermedad ha tenido importantes consecuencias en mi vida	.699
39.	La enfermedad ha supuesto un cambio radical en mi vida y en mis proyectos	.647
137.	Mi enfermedad ha influido mucho en la forma en que veo a mí mismo/a	.586
130.	Mi enfermedad ha afectado mucho el modo en que me ven los demás	.570
27.	Ya no soy la misma persona	.570
93.	Mi cuerpo ha cambiado mucho	.468
77.	Lo vivo lo mejor que puedo, sin ayuda sería mucho más difícil	.441

Por último, un sexto factor en el que los 5 ítems que saturaron significativamente correspondieron a la escala Búsqueda de apoyo emocional por razones instrumentales de cuestionario COPE, por lo que decidimos denominarlo de la misma manera.

Factor 6.- BÚSQUEDA DE APOYO EMOCIONAL

28.	Hablo con alguien para saber más de la situación	.789
76.	Pregunto a la gente que ha tenido experiencias similares lo que han hecho	.747
129.	Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre el problema	.723
5.	Busco consejo de alguien sobre qué hacer	.689
67.	Intento buscar apoyo emocional de amigos u otras personas	.543

Algunos de los factores mostraron correlaciones entre ellos (Tabla I). En primer lugar, **Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el Tratamiento** correlaciona de forma negativa y significativa con *Represión Emocional* y *Pesimismo* ($r = -.215$; $p = .010$) y con *Consecuencias de la Enfermedad* ($r = -.216$; $p = .009$) y positivamente con *Autoconfianza* y *Aceptación* ($r = .326$; $p = .000$) y con *Búsqueda de Apoyo Emocional* ($r = .288$; $p = .000$).

En segundo lugar, **Represión Emocional y Pesimismo** correlaciona con *Distanciamiento y Huida-Evitación* ($r = .298$; $p = .000$) y con *Consecuencias de la Enfermedad* ($r = .288$; $p = .000$).

Una vez obtenidos los 6 factores, y estudiadas las correlaciones entre ellos, nuestro siguiente objetivo consistió en analizar las correlaciones existentes entre cada uno de ellos y el resto de variables que tuvimos en cuenta, es decir, edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, con quién vive, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, histología del tumor, localización, estadio, tratamiento e historia familiar.

La Tabla I muestra también las correlaciones obtenidas mediante Pearson, con sus respectivos niveles de significación, entre cada factor y las variables edad, estudios, tiempo desde el diagnóstico y estadio, así como las correlaciones inter-factores. También se encontraron diferencias, entre los diferentes factores y las variables sexo, situación laboral, con quien vive, histología del tumor y localización tumoral. En el Anexo IX se muestran las tablas con los resultados de las pruebas T, bonferroni y U de Mann Whitney, aclaramos que el Factor 1 hace referencia a “Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el tratamiento”; el Factor 2, “Represión emocional y Pesimismo”; el Factor 3, “Autoconfianza y Aceptación”, el Factor 4, “Distanciamiento y Huída-Evitación”, el Factor 5, “Consecuencias negativas de la enfermedad”; y por último, “Búsqueda de ayuda emocional” (Factor 6).

Para una mejor comprensión de los resultados trataremos de exponerlos teniendo en cuenta primero las variables demográficas y a continuación las médicas, para finalmente hacer una especial mención a las diferencias entre las diferentes localizaciones tumorales y los seis factores.

- ***Correlaciones y diferencias entre variables demográficas (Sexo, Edad, Nivel de estudios, Situación laboral y Con quien vive) y los factores***

Como se observa en la Tabla I, la variable **edad** correlaciona negativamente ($r = -.307$; $p = .000$) con el

factor *Expectativas de buen pronóstico y confianza en el tratamiento*. Es decir, cuanto mayor es la edad del paciente menos expectativas positivas y menos confianza en el tratamiento tiene.

En cuanto a la variable nivel de **estudios** también observamos que correlaciona negativamente ($r = -.318$) y con un nivel de significación de $p = .000$ con el factor *Distanciamiento y Huida-Evitación*. En este sentido, los pacientes con menor nivel de estudios, tienden a afrontar la enfermedad intentando distanciarse de la enfermedad y con huida-avoidación. Si aplicamos la prueba de Bonferroni para analizar este grupo por pares, encontramos diferencias significativas ($F = 5.75$; $p = .001$) entre estudios primarios y bachiller (Media=2.59) y licenciatura (Media=2.05), siendo los individuos con estudios más bajos los que puntúan más alto en este factor 4.

La variable **sexo** también muestra una diferencia significativa ($F = 5.80$; $p = .017$) con *Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el tratamiento*, siendo las mujeres el grupo que presenta puntuaciones más altas ($M = 3.48$ frente a $M = 3.26$ en los varones).

Si atendemos a la **situación laboral**, encontramos que esta variable presenta diferencias significativas ($F = 2.791$; $p = .029$) con *Búsqueda de ayuda emocional* y con *Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el tratamiento* ($F = 5.454$; $p = .000$). Cuando comparamos entre los diferentes grupos (activo, activo-baja, paro, jubilado, sus labores), mediante la prueba de bonferroni, encontramos diferencias significativas únicamente en el factor 1 ($F = 5.454$; $p = .000$).

Correlaciones

	edad	estudios	Tiempo	estadio	Fact1ExpoPos	FAC2Rep Emoc	FAC3Aconf Acep	FAC4Dist Huida	FAC5 ConsecEnf	factor6
edad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N									
estudios	-.187* .029 136									
Tiempo	-.113 .293 143	-.091 .293 136								
estadio	.032 .701 143	-.070 .418 136	.154 .067 143							
Fact1ExpoPos	-.307** .000 143	-.063 .468 136	.037 .659 143	-.321** .000 143						
FAC2RepEmoc	-.112 .184 143	-.033 .702 136	.034 .683 143	.067 .429 143	-.215** .010 143					
FAC3AconfAcep	-.028 .743 143	.004 .962 136	-.170* .043 143	-.175* .036 143	.326** .000 143	-.187* .025 143				
FAC4DistHuida	.164 .050 143	-.318** .000 136	.118 .161 143	.161 .055 143	-.117 .164 143	.298** .000 143	-.038 .651 143			
FAC5ConsecEnf	-.169* .043 143	.018 .838 136	.119 .156 143	.227** .006 143	-.216** .010 143	.288** .000 143	-.192* .021 143	.273** .001 143		
factor6	-.178* .033 143	.040 .641 136	-.087 .301 143	-.125 .137 143	.219** .009 143	.039 .642 143	.081 .339 143	.156 .062 143	.113 .180 143	

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla I: Correlaciones

Concretamente, hay diferencias entre el grupo activo y jubilado ($p=.008$) y el grupo jubilado y sus labores ($p=.007$). Los resultados indican que los enfermos que se encuentran en activo presentan puntuaciones más altas ($M=3.507$) en *Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el tratamiento* que los que están jubilados ($M=3.040$), así mismo, los pacientes que se dedican a las tareas domésticas presentan a su vez puntuaciones más elevadas ($M=3.472$) en este factor que los jubilados ($M=3.040$).

El análisis de varianza también encontró diferencias ($F= 4.689$; $p=.011$) entre el modo que vive el enfermo (**solo o acompañado**) y el factor *Represión emocional y Pesimismo*. Comparando esta variable por pares con respecto a dicho factor mediante la prueba de Bonferroni se detectan diferencias significativas ($p=.008$) entre vivir con la pareja o vivir con otro familiar. En este sentido, los pacientes que viven con otros familiares presentan más represión emocional y pesimismo ($M= 1.938$) que los que viven en pareja ($M=1.606$).

- ***Correlaciones y diferencias entre las variables médicas (Estadio, Tiempo transcurrido desde el diagnóstico, e histología tumoral) y los factores***

La variable **estadio** de la enfermedad correlaciona, por otro lado, con dos de los factores; es decir, de forma negativa ($r= -.321$; $p=.000$) con *Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el tratamiento* y positivamente

($r = .227$; $p = .006$) con *Consecuencias de la enfermedad*. Si además comparamos esta variable por pares con estos factores, mediante la prueba de bonferroni, vemos que hay diferencias significativas respecto al factor 1 ($F = 18.320$; $p = .000$) y al factor 5 ($F = 4.436$; $p = .014$). Es decir, los pacientes con estadio I presentan más optimismo y confianza en el tratamiento ($M = 3.451$) que los que se encuentran en un estadio III ($M = 3.065$). Sin embargo, ocurre lo contrario en relación a *Consecuencias de la enfermedad*, ya que los enfermos con estadio I puntuaron más bajo ($M = 1.922$) que los que tenían un estadio III ($M = 2.287$).

Atendiendo al **tiempo transcurrido desde el diagnóstico**, encontramos diferencias significativas ($F = 4.507$; $p = .013$) entre esta variable y *Consecuencias de la enfermedad*. Es decir, en aquellos pacientes que en el momento de la administración del cuestionario había transcurrido entre 1 y 3 meses desde su diagnóstico, pensaban que la enfermedad iba a tener más consecuencias graves ($M = 2.215$) que los pacientes recién diagnosticados ($M = 1.830$).

Si tenemos en cuenta la **histología tumoral**, bien adenocarcinoma o si se trata de diferente anatomía patológica, también detectamos que esta variable presenta diferencias significativas con *Represión Emocional y Pesimismo* ($F = 9.023$; $p = .003$), con *Distanciamiento y Huída-Evitación* ($F = 13.080$; $p = .000$) y con *Consecuencias de la enfermedad* ($F = 6.024$; $p = .015$).

Los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma presentan puntuaciones más bajas en el factor 2 ($M = 1.56$) que los diagnosticados de epidermoide u otro tumor

(M=1.80). Lo mismo ocurre con respecto al factor 4, cuya media es de M=2.35 en el adenocarcinoma y M=2.70 en el otro grupo. En cuanto a Consecuencias de la Enfermedad, de nuevo el adenocarcinoma presenta una media más baja (M= 1.94) que el grupo formado por otros tipos de tumores como epidermoide, melanoma o sarcoma (M=2.20).

- ***Correlaciones y diferencias significativas entre las diferentes localizaciones tumorales (Cáncer de mama, ginecológico, grupo mixto, pulmón, urológico, digestivo y melanoma) y los 6 factores***

La localización tumoral presenta una diferencias significativas con el factor Consecuencias de la enfermedad (F= 2.624; $p= .019$). Pero comparando los diferentes grupos por pares mediante la prueba U de Mann-Whitney aparecen diferencias entre los diferentes grupos. Antes de proceder a describirlas, queremos recordar que cuando hablamos del grupo mixto incluimos diagnósticos como sarcoma, cabeza y cuello y linfomas que decidimos agrupar por tratarse de muestras relativamente pequeñas.

En primer lugar, encontramos diferencias significativas entre **mama** y **grupo mixto** con respecto al factor *Expectativas de buen pronóstico y confianza en el tratamiento* (F=9.011; $p=.004$), siendo la media de 3.576 para el grupo de mama y de 3.297 en el caso del grupo mixto. Por lo tanto, podemos decir que las pacientes

diagnosticadas de cáncer de mama presentan más expectativas de buen pronóstico y confianza en el tratamiento que el grupo sarcoma. Así mismo, también hay diferencias significativas entre las pacientes con cáncer de **mama** y aquellos diagnosticados de cáncer de **pulmón**, en relación a los factores 1 (U=140.0; p=.002), 5 (U= 196.5; p=.041) y 6 (U= 172.5 p=.012). Es decir, las pacientes con cáncer de mama presentan más *Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el tratamiento* (Rango=31.82) que los enfermos de pulmón (Rango=17.25) y también puntúan más alto en *Búsqueda de Apoyo Emocional* (Rango=30.96) que los pacientes con cáncer de pulmón (R=19.28), sin embargo, presentan puntuaciones más bajas (R= 24.67) en *Consecuencias de la Enfermedad* que los enfermos de pulmón (R=34.22).

Igualmente, comparando el grupo de **mama** con el de pacientes **urológicos** encontramos diferencias significativas (U=201.0; p=.026) en relación al factor *Búsqueda de Apoyo Emocional*. En este sentido, las pacientes con cáncer de mama buscan más apoyo (R= 31.21) que los enfermos diagnosticados de cáncer de vejiga, riñón, próstata o testículo (R= 20.82). Cuando se trata de comparar **mama** con cáncer **digestivo** hay diferencias significativas con respecto al factor 4 de *Distanciamiento y Huida-Evitación* (U= 75.5; p= .026), siendo los pacientes con cáncer digestivo (R=33.06) los que presentan un rango mayor en este factor (R=21.49 en el caso del cáncer de mama). Por último, también aparecen diferencias significativas entre **mama** y **melanoma** en relación a los factores 1 (U= 65.500; p= .012) y 5 (U=72.5; p= .020). De esta manera y coincidiendo con los resultados que se obtuvieron en

relación a mama y pulmón, las pacientes con cáncer de mama presentan más *Expectativas de buen pronóstico* (R=25.78) y menos *Consecuencias de la enfermedad* (R=21.41) que los pacientes diagnosticados de melanoma (R= 12.69 y R= 33.44, respectivamente).

A su vez, comparando **ginecología** y **pulmón** se extraen diferencias significativas en relación al factor *Distanciamiento y Huida-Evitación* (U= 79.0; p= .040) siendo las enfermas con cáncer ginecológico las que presentan puntuaciones más altas (R= 20.35) que los pacientes con cáncer de pulmón (R= 13.44). En el caso de **ginecología** y **melanoma** encontramos diferencias (U= 34.00) con un nivel de significación p=.047 en relación al factor *Autoconfianza y Aceptación*. También en este caso, el grupo de enfermas con cáncer ginecológico presentaba puntuaciones más altas (R= 15.0 y R=8.75, respectivamente).

Por su parte, si comparamos el grupo de sarcoma con el resto de tumores, vemos que sólo hay diferencias significativas con pulmón, digestivo y melanoma. En el primer caso, encontramos una correlación (U= 169.0; p= .008) entre **sarcoma** y **pulmón** con respecto al factor *Consecuencias de la Enfermedad*, siendo el grupo con cáncer de pulmón los que más alto puntúan en este factor (R=36.94, frente a R=24.33 de sarcoma). **Grupo Mixto** y **digestivo** también correlacionan (U= 82.500; p= .037) con el mismo factor y en la misma dirección, es decir, los pacientes con cáncer digestivo presentan puntuaciones más altas (R=24.56) que el grupo mixto de sarcoma (R=23.88). De nuevo vuelve a ocurrir lo mismo entre **grupo mixto** y **melanoma** (U=134.50; p=.003) con respecto al factor *Consecuencias de la Enfermedad*, ya

que el rango en melanoma era más alto (R=36.75) que en sarcoma (R=21.38). Estos dos grupos también presentaron diferencias con respecto al factor *Autoconfianza y Aceptación* (U=76.50; p=.024), siendo en este caso los pacientes en el grupo mixto de sarcoma los que presentaron un rango superior (R=26.04; frente a 14.06 en melanoma).

Encontramos diferencias significativas entre **pulmón** y **digestivo** con respecto a los factores 4 y 5 (U= 27.50; p=.025 y U= 26.50; p= .021 respectivamente), es decir, el grupo digestivo presenta más *Distanciamiento y Huida-Evitación* (R=17.06) que el grupo pulmón (R=10.22) y menos *Consecuencias de la Enfermedad* (R=7.81) que el grupo pulmón (R=14.84).

Para terminar con las comparaciones por pares entre los diferentes tumores con respecto a los factores estudiados, destacamos las diferencias que encontramos entre **digestivo** y **melanoma** y el factor 3 (U=10.50; p= .023) y el 5 (U= 9.50; p= .016). El grupo digestivo presenta un rango mayor (R=11.19) que melanoma (R= 5.81) respecto a *Autoconfianza-Aceptación* y un rango menor (R=5.69) con respecto a *Consecuencias de la Enfermedad* (R=11.31).

3.5 DISCUSION

Hemos intentado obtener un instrumento que resulte de utilidad para cribar los enfermos de Cáncer. Son muchos los cuestionarios utilizados en este campo hasta el momento, y todos ellos miden un sin fin de variables como: afrontamiento, creencias, locus de control, atribuciones, optimismo, calidad de vida, síntomas físicos, problemas psicosociales, personalidad y cáncer, así como espiritualidad, beneficio encontrado o crecimiento post-traumático.

Sin embargo, en psicología de la salud, es obvio que la aplicación masiva de tal cantidad de ítems no siempre resulta lo más adecuado para los enfermos. Es posible que en las primeras semanas desde el diagnóstico se pueda abordar al enfermo con los inventarios o registros oportunos, pero aún así. Tratándose de una enfermedad que conlleva múltiples pruebas diagnósticas, numerosas visitas al hospital y en la mayoría de los casos varios tratamientos simultáneos, seguro que estamos todos de acuerdo en aseverar que el objetivo común es incomodar al paciente lo menos posible.

Fue esta nuestra idea inicial, la de elaborar un cuestionario que nos permitiera identificar distintos aspectos de la problemática psicológica que presentan dichos enfermos, en un solo cuestionario. Por todo ello, revisando la literatura especializada, nos dimos cuenta que muchos de los trabajos publicados hacían referencia

a afrontamiento y adaptación al cáncer y atribuciones y creencias.

El modelo de autoregulación de Leventhal (1984) que propone que el individuo crea representaciones mentales de su enfermedad, a partir de sus atribuciones y creencias, para dar sentido al problema y poder manejarlo, ha sido ampliamente utilizado por la mayoría de estos trabajos (Heijmans 1988, 1999; Vaughan et al. 2003; Hagger y Orbell, 2003; Rozema et al., 2009; Rabin y Pinto, 2006). Más concretamente, se han tenido siempre muy en cuenta, los aspectos relacionados con control percibido (Barez y cols., 2009; Henselmans et al., 2009, 2010). De hecho, el sentido de control personal es un aspecto que ha demostrado tener mucha relación con un mejor ajuste psicológico al cáncer (Carver et al., 2000).

El otro aspecto fundamental tenido en cuenta en psicooncología es la adaptación a la enfermedad o el modo de afrontamiento del paciente, especialmente si el objetivo es potenciar su bienestar psicológico y reducir el distress. Nuestro trabajo arranca del modelo de Lazarus y Folkman (1984) ya que, como ellos plantean, en cualquier situación estresante, no digamos ante un cáncer, la interpretación que el sujeto hace de los hechos es más importante que los propios acontecimientos, de esta manera, la percepción que tenga de la enfermedad, puede modificarse.

Por tanto, para la construcción de nuestro cuestionario, hemos considerado que los aspectos más interesantes a abordar eran atribuciones y creencias y afrontamiento. Su finalidad era que pudiera ser útil para

la entrevista inicial del paciente, cuando éste acude por primera vez a una Unidad de Psicooncología. Pretendíamos con él obtener información sobre qué aspectos de su valoración del problema y de su modo de afrontamiento son los que predominan, para en base a ello, enfocar la intervención psicológica.

Con tal objeto, se ha realizado dicho trabajo en el que se ha pretendido obtener un cuestionario que permita la criba diferencial de este tipo de problemática del cáncer. A partir de los ítems seleccionados de los cuestionarios que explicamos en el procedimiento, hemos obtenido 6 factores que abordan algunos de los aspectos planteados.

Podríamos decir que tres de los seis factores que obtuvimos, es decir, Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el tratamiento, Autoconfianza y Aceptación y Consecuencias de la Enfermedad, hacen referencia a atribuciones y creencias y los tres restantes (Represión Emocional, Distanciamiento y Huida-Evitación y Búsqueda de apoyo emocional) a afrontamiento, concretamente los dos primeros hacen referencia estrategias de evitación y el otro de aproximación.

Otra forma de agrupar los factores extraídos en nuestro estudio sería en dos categorías atendiendo a aquellos que hacen referencia a aspectos positivos relacionados con la enfermedad y la otra estaría formado por aquellos más negativos. De esta manera, tendríamos un grupo constituido por atribuciones positivas como Expectativas de Buen pronóstico y Confianza en el Tratamiento y Autoconfianza y

Aceptación y una estrategia de afrontamiento de aproximación, Búsqueda de Apoyo Emocional. Por el contrario, en el otro grupo de factores, nos encontramos con Represión Emocional y Distanciamiento y Huida-Evitación (estrategias de retirada o evitación) y Consecuencias de la Enfermedad, una atribución desfavorable para un buen ajuste psicológico.

El primer factor denominado *Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el tratamiento* está marcado por un evidente optimismo. Aunque se trataría más bien de una creencia, encontramos que guarda relación con la estrategia de afrontamiento Espíritu de Lucha que plantean Moorey y Greer (1989). En este estilo de afrontamiento además de sentirse uno capaz de enfrentarse a la situación, el enfermo presenta una gran confianza en el tratamiento y además piensa que tiene muchas posibilidades de curación.

Numerosos trabajos previos también han destacado el papel del optimismo como variable necesaria en el ajuste al cáncer, ya que los enfermos más optimistas presentan un mayor bienestar psicológico (Danhauer et al., 2009; Rinaldis et al., 2009). Por otro lado, la preocupación por el tratamiento es también un aspecto que recogen Pulgar y colaboradores (2009) en el Inventario de Estrés y Estrategias de afrontamiento del Cáncer, el cual mide las principales situaciones estresantes referidas en la enfermedad oncológica.

Pensamos que el optimismo es la primera herramienta de la persona en el proceso de adaptación a su enfermedad. La creencia de que ésta puede mejorar y sobre todo gracias al tratamiento, parece ser básica para el paciente. Tengamos en cuenta los innumerables efectos secundarios de algunos tratamientos oncológicos, que solamente tienen sentido para el que

los sufre si considera que con ellos se consigue erradicar la enfermedad. Nuestros resultados coinciden con los obtenidos por Weinman et al (1996) que también destacan la importancia de la creencia en la curación. El hecho de que una mayor percepción de control sobre la enfermedad pueda mejorar el ajuste a la misma, ha sido a su vez demostrado por diferentes autores como Hagger y Orbell, (2003).

En segundo lugar, obtuvimos un factor relacionado con la *Represión Emocional y el Pesimismo*. Trabajos previos como el de Stanton y colaboradores (2000) plantean que el afrontamiento de aproximación emocional aumenta el ajuste psicológico en enfermas de cáncer, por tanto podríamos decir que la falta de expresión de emociones dificultará el proceso de adaptación. Algunos autores (Deimling et al., 2006) han intentado demostrar que la expresión emocional (lo opuesto a la reprimir emociones) es la estrategia menos utilizada, junto con la negación, en pacientes con cáncer.

En nuestro trabajo encontramos que los ítems que hacían referencia a represión emocional (estrategia de afrontamiento) se agruparon con ítems considerados más una atribución y con connotaciones más pesimistas, sobre la vida y sobre sí mismos. Por ejemplo, “No he podido disfrutar mucho de la vida”, “Construyo metas y se destruyen por diferentes circunstancias”, “La vida no siempre me ha dado lo que he necesitado” y “No he aprovechado las oportunidades que me ha ofrecido la vida”. Ahora bien, no parece haber trabajos previos que hayan encontrado relación entre represión emocional y

pesimismo en pacientes con cáncer, por lo que planteamos futuras líneas de investigación a este respecto.

Otra de las atribuciones que resultó ser relevante en nuestros resultados fue la de control interno. Aspectos como la autoconfianza y la aceptación aparecieron muy relacionadas con dicha atribución. De hecho, el control percibido, junto con la atribución de causalidad han sido las variables más estudiadas en el campo de la Psicooncología. En este sentido no nos resulta extraño que apareciera un factor que agrupara ítems referidos a autocontrol, por lo que se decidió denominarlo *Autoconfianza, y Aceptación*. Los resultados van en la misma línea que los de Beckjord et al., (2009), Carver et al., (2000) y Henselmans et al., (2009) que apuntan que el control percibido es un constructo psicológico central muy relacionado con variables físicas y emocionales en el cáncer.

Por su parte, Thompson et al., (1993) también planteaban que la forma de control percibido que más se relaciona con un buen ajuste es el sentimiento de dominio que el paciente tiene sobre las consecuencias de la enfermedad, como las reacciones emocionales y los síntomas físicos que se presentan a diario.

Aunque podríamos haber englobado los ítems de este tercer factor con el nombre más amplio de Control Interno, quisimos dar más relevancia a la autoconfianza porque en nuestra opinión éste es un aspecto a tener muy en cuenta cuando un enfermo se enfrenta a su enfermedad. Desde luego que la confianza en los tratamientos médicos y en el propio médico sin duda añadirá beneficios a su proceso oncológico pero la

confianza de que uno mismo, ocurra lo que ocurra, puede salir de la situación consideramos que es tremendamente importante y necesaria para el individuo. La autoconfianza también tendría mucho que ver en este caso con la autoeficacia, es decir, con la idea de que uno es capaz de manejar y resolver la situación problemática (Bárez y cols.,2009).

En cuanto a la Aceptación, también nuestros resultados van en la misma dirección que los hallados por Shapiro et al. (2010) y Deimling et al.(2006) los cuales encontraron que la aceptación había sido la estrategia de afrontamiento más utilizada y a la vez más relacionada con un buen ajuste.

El factor que más ítems contenía de los enunciados de los pacientes fue el que denominamos *Distanciamiento y Huida-avoidación*. Se trata de una estrategia de afrontamiento muy a tener en cuenta ya que Folkman y cols (1985) en su cuestionario WSC (Ways of Coping) recogen ambas variables incluso como factores independientes. Podríamos definirla como una forma de afrontamiento en la que el individuo necesita desconectarse en cierta manera para soportar mejor la realidad de la situación.

Aunque ha sido sobradamente demostrado que la evitación es una estrategia relacionada con un peor ajuste al cáncer (Costanzo et al., 2006; Roesch et al., 2005; Roesch y Weiner, 2001 y McCaul et al., 1999), algunos enfermos la siguen empleando en su intento de adaptación al mismo (Franks y Roesch, 2006). La negación, ya sea del impacto del diagnóstico o la negación del afecto, se trata de una estrategia de

afrontamiento que implica huida y retirada, así, nos encontramos con trabajos que han demostrado que los pacientes con cáncer de pulmón pueden presentar niveles hasta cierto punto normales de negación (Vos et al., 2008). Otros afirman que esta forma de afrontamiento evitativo puede ser una estrategia predictora de distress (McCaul et al., 1999)

Los dos últimos factores, Consecuencias de la Enfermedad y Búsqueda de ayuda emocional también están en concordancia con los trabajos de Weinman et al. (1996) y Carver et al., (1989). En este sentido, los ítems que configuraron nuestro factor Búsqueda de ayuda emocional correspondían íntegramente a la misma estrategia de afrontamiento recogida en el cuestionario COPE de Carver y su equipo. En cuanto al otro factor, Consecuencias de la enfermedad también coinciden nuestros resultados con los obtenidos por Weiman y colaboradores (1996), Moss-Morris et al. (2002) y Rozema et al. (2009) en tanto en cuanto la importancia que tienen las representaciones mentales del paciente en el afrontamiento a la enfermedad.

En primer lugar, si tenemos en cuenta la relación entre las variables demográficas y alguno de los factores, nos encontramos, por un lado, con que Sexo, Edad y Situación laboral correlacionan con Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el tratamiento, aunque la Edad lo hace de forma negativa. Es decir, conforme aumenta la edad de los enfermos, éstos presentan menos optimismo acerca de su pronóstico. Nuestros resultados no guardan concordancia con los presentados por Jones et al. (2010) ya que plantean que las mujeres más jóvenes con cáncer de mama presentan un mayor riesgo

potencial de tener dificultades en la adaptación a la enfermedad.

El hecho de que las mujeres hayan presentado puntuaciones más altas en Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el tratamiento, puede deberse a que la muestra estaba compuesta por un número relativamente importante de cáncer de mama. En este sentido, los mensajes que se han lanzado a las mujeres con cáncer de mama desde hace más de 2 décadas han ido siempre en esta dirección, gracias a los programas de voluntariado “Vivir Como Antes” en el ámbito nacional, así como las campañas de detección precoz por parte de la Asociación Española Contra el Cáncer y la Consellería de Sanidad. No olvidemos los testimonios de muchas artistas o famosas de la televisión. Se ha ido consiguiendo, por tanto, que las enfermas diagnosticadas de cáncer de mama, vivan su enfermedad con mucha más normalidad y con un gran optimismo respecto a la curación.

Por otro lado, Nivel de Estudios guarda relación negativa con el factor Distanciamiento-Huida, es decir, los enfermos que utilizan la estrategia de afrontamiento de retirada-evitación son los que presentan un nivel de estudios más bajo y la variable Con Quién Vive con represión emocional.

Es posible que los enfermos que todavía se encuentran en activo se muestren más optimistas respecto a la enfermedad que los jubilados debido a que consideran que todavía les quedan muchas cosas por hacer y, de no confiar en el tratamiento y apostar por su curación, las perderían. Las personas jubiladas, sin

embargo, pueden pensar que lo tienen todo hecho, lo que no significa que por ello presenten una actitud resignada sino que tendrían otras prioridades, como la autoconfianza y la búsqueda de apoyo emocional. Lamentablemente no hemos podido demostrarlo. Las personas dedicadas a sus labores también presentaban puntuaciones más altas en Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el tratamiento que las jubiladas y esto puede ser debido a que en general suelen ser mujeres las que se dedican a las tareas domésticas. El papel que todavía ejercen muchas mujeres en casa, de sostener y responsabilizarse del bienestar del resto de la familia puede hacer que se sientan más optimistas y confiadas en el tratamiento porque necesitan estar sanas para seguir cuidando de todos. Sin embargo, los jubilados en su mayoría hombres, se encuentran en una situación en la que su preocupación suele estar más centrada en su propia recuperación.

Por último, la variable Con Quien Vive mostró relación con el factor Represión emocional y Pesimismo, dato que parece comprensible si tenemos en cuenta que es más fácil que los pacientes que viven en compañía de su pareja repriman menos emociones que los que viven con otros familiares, como padres, hermanos o hijos. El papel que ocupa la pareja en la vida del enfermo tiene generalmente más peso que el del resto de miembros de la familia.

En segundo lugar, las variables más relacionadas con los aspectos médicos como estadio, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, localización tumoral e histología, presentaron todas ellas correlación con el

factor Consecuencias de la Enfermedad. De hecho pensamos que este factor es el que más directamente está relacionado con la propia enfermedad. Ya veíamos en la primera parte de este trabajo cómo el modelo de Leventhal destacaba la importancia de las representaciones mentales de la enfermedad, siendo el impacto que la enfermedad tiene sobre sus vidas, una de ellas.

Los pacientes con estadios iniciales consideran que la enfermedad está teniendo menos consecuencias graves sobre sus vidas. Esto puede deberse a que al tratarse de estadios tempranos es muy probable que no tengan que someterse a tratamientos muy agresivos, quizás únicamente a cirugía o como mucho a la combinación de ésta con quimioterapia. A su vez, los enfermos con estadios iniciales presentan mejores expectativas de buen pronóstico y confianza en el tratamiento que los de estadios más avanzados.

Por otro lado, aquellos que se encuentran en el primer mes desde el diagnóstico también tienen menos presentes las consecuencias de la enfermedad que los que saben que están enfermos entre uno y tres meses después de su diagnóstico. Pero esto es comprensible, ya que durante las cuatro primeras semanas desde la noticia, el enfermo no ha tenido tiempo suficiente de experimentar las secuelas de la enfermedad en su vida.

El estadio también correlacionó negativamente con Expectativas de buen pronóstico y Confianza en el tratamiento. Sin embargo, histología tumoral con Represión emocional y Pesimismo y con Distanciamiento y Huida-Evitación, pero, de forma positiva.

En el primer caso, no nos extrañó el que los pacientes con estadios tempranos tuvieran expectativas más bajas de un pronóstico favorable que los de enfermedad más avanzada, no obstante, sí resultó sorprendente el que los enfermos con diagnóstico de Adenocarcinoma presentaran menos Represión de emociones, una menor estrategia de Distanciamiento y Huida y la percepción de que la enfermedad estaba teniendo menos consecuencias graves en sus vidas que aquellos diagnosticados de cualquier otro tipo de tumor, ya fuera epidermoide, melanoma o sarcoma.

Por último y a pesar de que la localización tumoral apenas ha sido tomada en cuenta en los trabajos revisados sobre afrontamiento y cáncer (Franks y Roesch, 2006) queremos resaltar las diferencias que encontramos entre esta variable y algunos de los factores. Pensamos que estos resultados pueden abrir futuras investigaciones, y lo que es más, ser útiles a la hora de protocolizar o sistematizar la intervención psicológica en el enfermo de cáncer.

Podríamos decir que los pacientes con melanoma y con cáncer de pulmón consideran, por encima de aquellos con cáncer de mama, sarcoma, cabeza y cuello, linfomas y digestivo que la enfermedad les supone importantes consecuencias sobre sus vidas. Esto puede ser debido a que en el momento del estudio los pacientes con melanoma se encontraban en pleno tratamiento con Interferón, fármaco que se administra vía sistémica diariamente, durante más de 4 horas, en hospital de día y a lo largo de cuatro semanas, por lo que es obvio que la vida del paciente se ve interrumpida y alterada en gran medida. En el caso del cáncer de pulmón, pensamos que

el motivo está más relacionado no sólo con el tratamiento de quimioterapia, ya que cada ciclo dura cerca de ocho horas, sino también a los posibles efectos físicos de la propia enfermedad. Cansancio y fatiga están muy presentes en los enfermos con cáncer de pulmón ya que suelen ser diagnosticados en fase más avanzada (T3N1).

Por otro lado, las pacientes con cáncer ginecológico presentan más Autoconfianza y Aceptación que los pacientes diagnosticados de melanoma, pero más Distanciamiento y Huida-Evitación que los de pulmón. El hecho de que hayamos encontrado diferencias en huida-evitación respecto a cáncer ginecológico y pulmón contradice los resultados de Vos y de Haes (2007) ya que estos autores no encontraron diferencias en negación (una forma de huida-evitación) y localización tumoral. Sin embargo, sí va en la línea de la investigación planteada por Costanzo et al. (2006) en el que las enfermas diagnosticadas de cáncer ginecológico que utilizan estrategias de evitación, presentan un ajuste más pobre.

También deducimos de los resultados que los enfermos con cáncer gástrico, esófago o colorrecto presentan más Distanciamiento y Huida-evitación que mama y pulmón pero también confían más en sí mismos y aceptan la situación mejor que los pacientes con melanoma.

Por último y como punto final, destacar que una vez más el grupo con cáncer de mama muestra más expectativas optimistas de curación, como también apuntan Henselmans et al. (2010) y más confianza en el

tratamiento médico que muchos del resto de pacientes (sarcoma, cabeza y cuello, linfomas, pulmón y melanoma). Estas enfermas buscan además, más apoyo emocional que los pacientes con cáncer de pulmón y urológico.

Estos datos concuerdan con los encontrados por Rozema et al. (2009) ya que afirman que las representaciones mentales que las mujeres con cáncer de mama hacen de la enfermedad, guardan más relación con la percepción que tienen de su propio estado de salud que con las estrategias de afrontamiento. Es decir, el control percibido parece como una variable relevante en la adaptación al cáncer de mama (Barez y cols., 2007; Beckjord et al., 2009).

Sin embargo, nuestros resultados contradicen aquellos encontrados por Henselmans et al., (2009) ya que ellos plantean que las mujeres con cáncer de mama cuando se encuentran en el periodo de tratamiento quimioterápico presentan menos control percibido que unos meses después (concretamente 9 meses). En nuestro estudio, las mujeres que participaron fueron entrevistadas precisamente en esta fase de la enfermedad, cuando asistían a hospital de día para la administración del citostático.

4. CONCLUSIONES

Se podría decir que hemos cumplido mayoritariamente el objetivo de nuestro estudio, ya que disponemos ahora de un cuestionario de atribuciones y afrontamiento específico para enfermos oncológicos. Si nuestra satisfacción es solo parcial se debe también a que partimos de expectativas excesivamente altas, ya que elaborar un inventario a modo de entrevista clínica para el paciente de cáncer con fines terapéuticos era una empresa demasiado ambiciosa.

Se trata entonces, de un estudio preliminar, en el que hemos conseguido elaborar un cuestionario, con una fiabilidad aceptable, que mide por un lado, control percibido, es decir, atribuciones sobre curación, consecuencias de la enfermedad, autoconfianza y optimismo; y, por otro, estrategias de afrontamiento como evitación, represión emocional, aceptación y búsqueda de apoyo emocional. El instrumento no diferencia entre valoración y afrontamiento ya que algunos de sus factores engloban ambos aspectos al mismo tiempo. Y entre sus limitaciones, destacamos el tamaño de la muestra, no obstante, consideramos que resulta un instrumento útil a la hora de establecer objetivos de intervención psicoterapéutica en el enfermo de cáncer.

Exponemos a continuación algunas de las conclusiones extraídas:

- Control percibido, Optimismo-Pesimismo y Consecuencias de la Enfermedad son atribuciones relevantes en el enfermo de cáncer.

- Las Estrategias de Afrontamiento destacadas son Aceptación, Represión Emocional, Distanciamiento y Huida-Evitación y Búsqueda de Apoyo Emocional.
- Las Expectativas de pronóstico favorable y Confianza en el tratamiento guarda relación positiva con Autoconfianza y Aceptación y con Búsqueda de Apoyo Emocional y negativa con Represión Emocional y Consecuencias de la Enfermedad.
- Represión Emocional y Pesimismo correlaciona positivamente con Distanciamiento y Huida-Evitación y con Consecuencias de la Enfermedad.
- Las mujeres, los pacientes de menor edad y en situación laboral activa o dedicados a las tareas domésticas, presentan más Expectativas de Buen Pronóstico y Confianza en el Tratamiento.
- Los enfermos con nivel de estudios más bajo presentan mayor Distanciamiento y Huida-Evitación.
- Los pacientes con estadios más tempranos, diagnosticados en un intervalo de tiempo inferior a 4 semanas y con histología de Adenocarcinoma consideran que la enfermedad tiene pocas consecuencias importantes sobre sus vidas.
- Los pacientes diagnosticados de Adenocarcinoma presentan menos

Represión Emocional y Pesimismo y un menor Distanciamiento y Huida-Evitación como estrategias de afrontamiento.

- Las mujeres con cáncer de mama tienen más Expectativas de un buen pronóstico que los pacientes con cáncer de pulmón, melanoma, sarcoma, linfoma y cáncer de cabeza y cuello. Buscan más Apoyo Emocional que las mujeres con cáncer ginecológico y aquellos diagnosticados de neoplasia de pulmón. Además, atribuyen a la enfermedad menos consecuencias graves sobre sus vidas que los pacientes con cáncer de pulmón y melanoma. Por último, utilizan menos Distanciamiento y Evitación que las pacientes con cáncer ginecológico.
- Los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón presentan menos Distanciamiento y Huida-Evitación que las pacientes con cáncer ginecológico. Consideran que la enfermedad tiene más consecuencias graves para ellos que los pacientes con cáncer digestivo, linfoma, sarcoma y cabeza y cuello.
- Los enfermos con melanoma muestran menos Autoconfianza y Aceptación que las pacientes ginecológicas, que los enfermos con cáncer digestivo y también confían menos en sí mismos que los diagnosticados de sarcoma, linfoma y cabeza y cuello.

- Los pacientes con cáncer digestivo emplean más el Distanciamiento-Evitación que los enfermos con cáncer de pulmón, sarcoma, linfoma y cabeza y cuello.

Somos conscientes de que por tratarse de un estudio experimental y piloto puede que la muestra resultara suficiente, sin embargo, uno de nuestros objetivos inmediatos es ampliarla y analizar si los resultados se siguen manteniendo. Un paso posterior consistiría en validarlo comparándolo con otro cuestionario de características similares, por ejemplo, con el WOC-CA y el IPQ-Revised.

Por otro lado, el hecho de que el Adenocarcinoma haya presentado diferencias significativas con respecto al resto de tumores, nos anima a profundizar más en los aspectos biológicos que pueden tener una relación directa sobre el ajuste al cáncer.

Para terminar, creemos muy interesante el ahondar todavía más en las diferencias encontradas entre las diferentes localizaciones tumorales. Nuestro fin último es encontrar un sustento teórico para poder unificar criterios a la hora de evaluar y aplicar tratamientos psicológicos en el enfermo de cáncer.

5. BIBLIOGRAFIA

- Abe-Kim J. Takeuchi D, Hwang W (2002) Predictors of help seeking for emotional distress among Chinese Americans: Family matters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70; 1186-1190.
- Andreu, Y. (1998): Personalidad Tipo C. Historia y validez del concepto. *Boletín de Psicología*, vol 59, pp. 75-104
- Andreu, Y.; Galdón, M.J.; Durá, E.; García, V; Ibañez, E. (2007): Participación en cribados mamográficos y creencias de salud: una perspectiva de proceso. *Psicooncología*, vol 4 (2-3), pp. 345-365.
- Barez M. PhD; Blasco, T. PhD; Fernández-Castro, J. PhD; Viladrich C. PhD. (2007). A Structural Model of the Relationships Between Perceived Control and Adaptations to Illness in Women with Breast Cancer. *Journal of Pyschosocial Oncology*, Vol 25 (1).
- Beckjord E.B.; Glinder J.; Langrock A. & Compas, B.E. (2009) Measuring multiple dimensions of perceived control in women with newly diagnosed breast cancer. *Psychology and Health* 24 (4),423-438.
- Benett, K.; Compas B. E.; Beckjord, E. and Glinder J. G. (2005). Self-Blame and Distress Among Women with Newly Diagnosed Breast Cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol.28, N° 4.
- Brennan James.(2001). Adjustment to Cancer-Coping or Personal Transition? *Psycho-Oncology* 10: 1-18.

- Bulsara Caroline, Styles Irene, Ward Alison M., and Bulsara Max.(2006). The Psychometrics of Developing the Patient Empowerment Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*. Vol 24 (2)
- Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, ScheierMF,Robinson DS, Ketcham AS, Moffat FL, Clark KC.(1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology* 65: 375-390.
- Carver, C.S. ;Harris, S.D. ;Leheman, J.M. ; Durel, L.A. ;Antoni, M.H. & Spencer, S.M. (2000) How important is the perception of personal control? Studies of early stage breast cancer patients. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26 (2), 139-149.
- Cole Brenda S. Hopkins Clare M., Tisak John, Steel Jennifer L., and Carr Brian I.(2008) Assessing spiritual growth and spiritual decline following a diagnosis of cancer: realibility and validity of the spiritual transformations scale. *Psycho-Oncology*, 17: 112-121.
- Compas Bruce E., Beckjord Ellen, Agocha Bede, Sherman Marne L., Langrock Adela, Grossman Cynthia I., Dausch Barbara, Glinder Judith, Kaiser Cheryl, Anderson-Hanley Cay and Luecken Linda.(2006). Measurement of Coping and Stress Responses in Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 15: 1038-1054
- Constanzo Erin S.; Lutgendorf Susan K.; Rothrock Nan E. and Anderson Barrie.(2006). Coping and Quality of Life Among Women Extensively Treated for Gynecologic Cancer. *Psycho-Oncology* 15: 132-142.

- Danhauer, S.C.-Crawford, S.L.-Farmer, D.F.,-Avis, N.E. (2009):
A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32: 371-79
- Deimling, G.T.; Wagner, L.J.; Bowman, K.F.; Sterns, S.; Kercher, K & Kahana, B. (2006): Coping among older-adult, long-term cancer survivors. *Psycho-oncology* 15:143-159.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L.G., Taylor, S.E. & Falke, R.I. (1992) Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87.
- Durá, E.; Andreu, Y.; Galdón, M.J.; Tuells, J (2004): Razones de no asistencia a un programa de cribado mamográfico. *Psicooncología*, vol. 1 (1), pp. 31-50.
- Else-Quest Nicole M.; LoConte Noelle K.; Schiller Joan H. & Shibley Hyde Janet. (2009). Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients. *Psychology and Health*, Vol 24, Nº 8, 949-964.
- Facione N., Giancarlo C., Chan L. (2000) Perceived risk and help-seeking behaviour for breast cancer: A Chinese-American perspective. *Cancer Nursing* 23; 258-267.
- Ferrero, J. (1993): *El Afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Promolibro. Valencia.
- Folkman, S., & Greer, S., (2000) Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, 11-19

- Font, A. Y Cardoso, A. (2009): Afrontamiento en Cáncer de mama: Pensamientos, Conductas y Reacciones Emocionales. *Psicooncología*. Vol. 6 (1) pp. 27-42
- Franks, H. M. and Roesch, S. C.(2006). Appraisals and Coping in People Living with Cancer: A Meta-Analysis. *Psycho-Oncology* 15: 1027-1037.
- Friedman L. C.; Romero C.; Elledge R.; Chang J.; Kalidas M.; Dulay M. F.; Lynch Garret R.; Osborne K. C. (2007). Attribution of Blame, Self-forgiving Attitude and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer. *Journal of Behavioral Medicine* 30.351-357.
- Greer, S. & Watson, M. (1985): Towards a Psychobiological Model of Cancer: Psychological Considerations. *Social Science and Medicine*, 1985, 20, 773-777.
- Greer,S.-Morris,T.-Pettingale,K.W. (1979): Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*,41:785-787.
- Grossarth-Maticek, R.; Eysenck, H.J (1990): Personality, Stress and Disease: Description and validation of a new inventory. *Psychol Rep*, 1990, 66: 355-73
- Gustavsson-Lilius M.; Julkunen J.; Keskivaara P. and Hietanen P. (2007). Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology* 16: 1100-1110.
- Hagger M. S. and Orbell S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, Vol 18, Nº 2, pp. 141-184.

- Hagger, M.S. & Orbell, S. (2003) A meta-analytic review of the common sense model of illness representations. *Psychology & Health*, 18 (2), 141-184.
- Han Win T.; Collie K.; Koopman C.; Azarow J.; Classen C.; Morrow G. R.; Michel B.; Brednman-O'Neill E. and Spiegel D. (2005). Breast Cancer and Problems with medical interactions; Relationships with Traumatic Stress, Emotional Self-Efficacy, and Social Support. *Psycho-Oncology*, 14, 318-330.
- Heijmans M. The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. *British Journal of Health Psychology*, 1999; 4: 137-149.
- Heijmans, M. & Ridder, de D.(1998) Assessing illness representations of chronic illness: explorations of their disease-specific nature. *Behavioral Medicine* 21, 485-503.
- Heijmans, M. (1998): Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 39-51.
- Henderson, J.W. and Donetelle, R. J. (2003). The relationship between cancer locus of control and complementary and alternative medicine used by women diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, 12, 59-67.
- Henselmans I.; Sanderman R.; Helgeson, V.; de Vries, J.; Smink, A. & Ranchor, A.V. (2010): Personal control over the cure of breast cancer: adaptiveness,

underlying beliefs and correlates. *Psycho-oncology* 19: 525-534.

Henselmans I.; Sanderman R., Baas P. C., Smink A. & Ranchor A.V. (2009). Personal control after breast cancer diagnosis: stability and adaptive value. *Psycho-Oncology* 18: 104-108.

Howsepian Barbara A. and Merluzzi Thomas V.(2009). Religious beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. *Psycho-Oncology* 18: 1069-1079.

Ibañez, E. (1991): Reflexiones sobre la Relación entre Depresión y Cáncer. *Psicología de la Salud y Estilos de Vida*. Elena Ibañez (Ed). Promolibro pp.31-50

Ibañez, E. (2004): El papel del psicólogo en los planes nacionales de oncología: Boletín de Psicología, 87, 7-24

Ibañez, E. (En prensa): Intervención psicológica en enfermos de cáncer: Planteamientos del presente, Deseos del Futuro.

Ibañez, E.; Rosbund, A. (1993) Soporte social y afrontamiento afectivo en la enfermedad cancerosa. Salud, Expresión y Represión Social de las Emociones. Darío Páez (Ed). Colección Psicología Teórica. Promolibro.

Jones, J.M.; Cheng, T. Jackman, M.; Rodin, G.; Walton, T. & Catton, P. (2010): Self-Efficacy, Perceived Preparedness, and Psychological Distress in Women Completing Primary Treatment for Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28: 269-290.

- Kasparian N. A.; Butow P. N.; Meiser B. and Mann G. J.(2008). High- and average-risk individuals- beliefs about, and perceptions of, malignant melanoma: an Australian perspective. *Psycho-Oncology* 17, 270-279.
- Lazarus RS.(1990) Theory-based stress management. *Psychol Inq* 1: 3-13
- Leventhal, H. ; Nerenz, D.R & Steele D.J. (1984) Illness representations and coping with health threats. *Handbook of Psychology and Health* 4,219-252.
- Leventhal, H.; Brissette, I. & Leventhal, E. A., (2003) The common sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron or H. Leventhal (Eds), *The self-regulations of health and illness behaviour* (pp. 42-65). London: Routledge
- Lin Chia-Chin ; Tsay Hsiu-Fen.(2005). Relationships among perceived diagnostic disclosure, health locus of control, and levels of hope in taiwanese cancer patients. *Psycho-Oncology* 14: 376-385.
- Lykins Emily L.B.; Graue Lili O.; Brechting Emily H.; Roach Abbey R.; Gochett Celestine G. and Andrykowski Michael A. (2008). Beliefs about cancer causation and preventions as a function of personal and family history of cancer: a national, population-based study. *Psycho-Oncology* 17, 967-974.
- Manne Sharon and Schnoll Robert.(2001). Measuring Cancer Patients Psychological Distress and Well-Being: A Factor Analytic Assessment of the Mental

Health Inventory. *Psychological Assessment*, vol. 13, nº 1, 99-109.

Matthews Elyn E. and Cook Paul F.(2009) Relationships among optimism,well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology* 18: 716-726.

McCaul Kevin D. and Sandgren Ann K., King Brenda, O'Donnell Susan, Branstetter Ann and Foreman Greg.(1999). Coping and Adjustment to Breast Cancer. *Psycho-Oncology* 8: 230-236.

McCaul,K.D., Sandgren, A.K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A.,& Foreman, G.,(1999). Coping adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 230-236

Moorey,S-Greer,S (1989): *Psychological Therapy for patients with cancer*. London, Heinemann Medical Books

Park Crystal L. and Folkman Susan.(1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, vol.1,Nº 2, 115-144.

Park, C.L., & Folkman, S.,(1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1, 115-144

Pinquart Martin, Fröhlich Cornelia & Silbereisen Rainer K.(2007). Optimism, pessimism, and change of psychological well-being in cancer patients. *Pchology,Health Medicine*, 12 (4): 421-432.

Pulgar M^a Angeles, Garrido Sergio, Muela Jose Antonio, Reyes del Paso Gustavo Adolfo.(2009). Validación de

un inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en enfermos de cancer (ISEAC). *Psicooncologia*, vol. 6, Nº 1, pp. 167-190.

Rabin C. & Pinto B.(2006). Cancer-Related beliefs and Health Behavior Change Among Breast Cancer Survivors and their First-Degree Relatives. *Psycho-Oncology* 15, 701-712.

Rinaldis,M.-Pakenham,K.I.-Lynch, B. M.- Aitken, J. F.(2009). Development, confirmation, and validation of a measure of coping with colorectal cancer: a longitudinal investigation. *Psycho-Oncology*. 18: 624-633.

Roesch Scott C.; Adams Linda; Hines Amanda; Palmores Alan; Vyas Pearlin; Tran Cindy; Pekin Shannon; and Vaughn Allison A.(2005). Coping with Prostate Cancer: A Meta-Analytic Review. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 28, Nº 3.

Roesch S.C.; Weiner B.(2001). A meta-analytic review of coping with illness. Do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research* 50, 205-219.

Rosbund, A.M. (1989): Los Correlatos Psicosociales del Cáncer de Mama y Genitales en la Mujer; un Estudio Transcultural, España vs. Alemania. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.

Rozema, H. ;Völlink, T. & Lechner, L. (2009) The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology* 18, 849-857.

- Rutter, C.L. & Rutter, D.R. (2002) Illness representations, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *Health Psychology* 7, 377-391.
- Salander Pär. (2007). Attributions of lung cancer: My own Illness is hardly caused bysmoking. *Psycho-Oncology*. Vol.16, 587-592.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S (1985): Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalised outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Schmidt John E. and Andrykowski Michael A. (2004). The Role of Social and Dispositional Variables Associated With Emotional Processing in Adjustment to Breast Cancer: An Internet-Based Study. *Health Psychology*, Vol 23, No. 3, 259-266.
- Schnoll, R.A., Harlow, L.L., Stolbach, L.L. & Brandt, U.,(1998) A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychology-Oncology*, 7, 69-77
- Shapiro, J.P; McCue, K.; Heyman, E.N.; Dey, T. & Haller, H.S. (2010): Coping-Related Variables Associated with Individual Differences in Adjustment to Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28: 1-22.
- Smith CA, Lazarus RS.(1993). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cog. Emo* 7: 233-269.

- Soriano, J. (2002): Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75, 73-85
- Soriano, J., Monsalve, V. (2005): El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 91-107.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg S, Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B. et al. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 857-882.
- Stewart D.E., Cheung A. M., Duff S., Wong F., McQuestion M., Cheng T., Purdy L, & Bunston T. (2001). Attributions of cause and recurrence in long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology* 10: 179-183.
- Tang Venus Y. H. BsocSci (psych); Lee Antoinette M. PhD; Chan Cecilia L. W, PhD; Leung Pamela P. Y. BSW; Sham Jonathan S. T.; Ho Judy W.C.; Cheng Josephine Y. Y. MSocSci (SW).(2007). Disorientation and Reconstruction: The Meaning Searching Pathways of Patients with Colorectal Cancer. *Journal Psychosocial Oncology*, Vol 25 (2) .
- Taylor Shelley E.; Lichtman Rosemary R. and Wood Joanne V. (1984). Attributions, Beliefs About Control, and Adjustment to Breast Cancer. *Journal Personality Social Psychology* Vol. 46, nº 3, 489-502.
- Temoshock, L. & Dreher, H. (1992): *The Type C Connection*. New York, Random House.

- Thomas B.C., Thomas I., Nandamohan V., Nair M.K. and Pandey M.(2009). Screening for distress can predict loss of follow-up and treatment in cancer patients: results of development and validations of the Distress Inventory for Cancer Version 2. *Psycho-Oncology* 18, 524-533.
- Thompson, S.C.; Sobolew-Shubin, A.; Galbraith, M.E. ; Schwankovsky, L. & Cruzen, D. (1993): Maintaining Perceptions of Control: Finding Perceived Control in Low-Control Circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology*, (1993), Vol. 64 (2), 293-304.
- Vaughan, R. ; Morrison, L. & Miller, E. (2003) The Illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *Health Psychology* 8 (3), 287-301.
- Vickberg, S.M. DuHamel, K.N., Smith, M.Y., Manne, S.L., Winkel, G., Papadopoulos, E.B., et al (2001). Global meaning psychological adjustment among survivors of bone marrow transplant. *Psycho-Oncology*, 10, 29-39.
- Vickberg, S.M., Bovbjerg, D.H., DuHamel K.L., Currie, V., & Redd, W.H. (2000). Intrusive thoughts and psychological distress among breast cancer survivors: Global meaning as a possible protective factor. *Behavioral Medicine*, 25, 152-160
- Vos M. S. and de Haes J.C.J.M.(2007).Denial in cancer patients, an explorative review. *Psycho-Oncology* 16: 12-25.
- Vos Martina S., Putter Hein, van Houwelingen Hans C. and Hanneke C. J. M. de Haes.(2008). Denial in lung

cancer patients: a longitudinal study. *Psycho-Oncology* 17: 1163-1171.

Watson M, Greer S, Rowden L, Gorman C, Robertson B, Bliss J, Tunmore R.(1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine* 21: 51-57.

Watson M. and Homewood J.(2008). Mental Adjustment to Cancer Scale: psychometric properties in a large cancer cohort. *Psycho-Oncology* , 17: 1146-1151.

Watson, M.; Law, M. ; Young, J.; Inayat, Q.; Burgess,C.; Robertson, B (1988): Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.

Weinmann, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-444

Williamson Gail M.(2000). Extending the Activity Restriction Model of Depressed Affect: Evidence From a Sample of Breast Cancer Patients. *Health Psychology*, vol. 19, No. 4, 339-347.

Zakowski Sandra G. Ramati Alona and Morton Carla; Johnson Peter; Flanigan Robert.(2004). Written Emotional Disclosure Buffers the Effects of Social Constraints on Distress Among Cancer Patients. *Health Psychology*. Vol. 23, No. 6, 555-563

Zaza Chistine, Sellick Scott M., Hillier Loretta M. (2005).
Coping with Cancer : What Do Patients Do? *Journal
of Psychosocial Oncology*, Vol. 23 (1).

6.ANEXOS

ANEXO I: ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE

Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne (1996)

	ITEM	ESCALA- IPQ
1	Mi enfermedad la ha causado un germen o virus	CAUSA
2	La dieta ha jugado un papel principal en la aparición de la enfermedad	CAUSA
3	La contaminación ha sido la causa de mi enfermedad	CAUSA
4	Mi enfermedad es hereditaria	CAUSA
5	Ha sido una casualidad que cayera enfermo	CAUSA
6	El estrés ha sido el principal factor en causar la enfermedad	CAUSA
7	Mi enfermedad es debida a mi propia conducta	CAUSA
8	Otras personas han jugado un papel importante en la aparición de la enfermedad	CAUSA
9	Mi enfermedad es debida a una deficiente atención médica en el pasado	CAUSA
10	Mi estado mental ha jugado un papel importante en la aparición de la enfermedad	CAUSA
11	Mi enfermedad durará poco tiempo	TIEMPO
12	Mi enfermedad parece que va a ser más bien duradera	TIEMPO

	que temporal	
13	Mi enfermedad va a ser interminable	TIEMPO
14	Mi enfermedad es grave	CONSECUENCIAS
15	Mi enfermedad ha tenido consecuencias importantes en mi vida	CONSECUENCIAS
16	Mi enfermedad ha afectado mucho el modo en que me ven los demás	CONSECUENCIAS
17	La enfermedad ha tenido importantes consecuencias económicas	CONSECUENCIAS
18	La enfermedad ha influido mucho en la forma en que me veo a mi mismo	CONSECUENCIAS
19	Mi enfermedad mejorará con el tiempo	CONTROL SOBRE CURACION
20	Puedo hacer mucho para controlar los síntomas	CONTROL SOBRE CURACION
21	Poco se puede hacer para mejorar mi enfermedad	CONTROL SOBRE CURACION
22	El tratamiento será efectivo en curar mi enfermedad	CONTROL SOBRE CURACION
23	Mi recuperación o mejoría depende en gran parte del destino o el azar	CONTROL SOBRE CURACION
24	Lo que yo haga puede determinar el que yo mejore o empeore	CONTROL SOBRE CURACION

ANEXO II: WAYS OF COPING (WSC)

Lazarus & Folkman (1985)

ITEM	ESCALA WSC
7.- Confío en que ocurra un milagro	Huída-Evitación
8.- Sigo adelante con mi destino (simplemente a veces tengo mala suerte)	Distanciamiento
9.- Sigo adelante como si no pasara nada	Distanciamiento
10.- Intento guardar para mí mis sentimientos	Autocontrol
11.- Busco algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intento mirar las cosas por su lado bueno	Distanciamiento
16.- Intento olvidarme de todo	Distanciamiento
25.- Intento sentirme mejor comiendo, bebiendo, tomando drogas o medicamentos	Huida-Evitación
27.- Intento no actuar demasiado de prisa o dejarme llevar por mi propio impulso	Autocontrol
31.- Evito estar con la gente en general	Huida-Evitación
32.- No permito que me venza; rechazo pensar en el problema mucho tiempo	Distanciamiento
34.- Oculto a los demás lo mal que me van las cosas	Autocontrol

35.- No he tomado en serio la situación; me he negado a considerarla en serio	Distanciamiento
39.- Recorro a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar	Planificación
41.-Me niego a creer lo que me ha sucedido	Huída-Evitación
44.-Intento que mis sentimientos no interfieran demasiado con otras cosas	Autocontrol
46.-Deseo que la situación se desvanezca o termine de algún modo	Huida-Evitación
47.- Fantaseo e imagino el modo en que podrían cambiar las cosas	Huida-Evitación
49.- Repaso mentalmente lo que haría o diría	Autocontrol
50.- Pienso cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomo como modelo	Autocontrol

ANEXO III: COPING ORIENTATIONS TO PROBLEMS EXPERIENCED (COPE)

Carver et al. (1989)

ITEM	ESCALA-COPE
3. Comento mis sentimientos con alguien	Búsqueda de Apoyo Emocional por razones emocionales
11. Busco consejo de alguien sobre qué hacer	Búsqueda de Apoyo Emocional por razones instrumentales
14. Le cuento a alguien cómo me siento	Búsqueda de Apoyo Emocional por razones emocionales
18. Intento ver el problema desde un punto de vista más positivo	Reinterpretación positiva y crecimiento
19. Pregunto a la gente que ha tenido experiencias similares lo que han hecho	Búsqueda de Apoyo Emocional por razones instrumentales
20. Me voy acostumbrando a la idea de lo que ha sucedido	Aceptación
21. Hablo con alguien para saber más de la situación	Búsqueda de Apoyo Emocional por razones instrumentales
23. Intento buscar apoyo emocional de amigos u otras personas	Búsqueda de Apoyo Emocional por razones emocionales
25. Busco algo positivo en lo que ha sucedido	Reinterpretación positiva y crecimiento
27. Estoy aprendiendo algo de la experiencia	Reinterpretación positiva y crecimiento
30. Me ayuda la comprensión y la simpatía de alguien	Búsqueda de Apoyo Emocional por razones emocionales

32. Intento crecer como persona como resultado de la situación	Reinterpretación positiva y crecimiento
33. Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre el problema	Búsqueda de Apoyo Emocional por razones instrumentales
34. Acepto que ha ocurrido y que no puede cambiarse	Aceptación
36. Acepto que ha sucedido	Aceptación
42. He aprendido a vivir con el problema	Aceptación
48. Pienso sobre cómo podría manejar mejor el problema	Planificación

**ANEXO IV. SHORT INTERPERSONAL REACTIONS
INVENTORY (SIRI). TIPO 1.**

Grossarth-Maticek & Eysenck (1992)

- 1.- Me resulta difícil defenderme
- 8.- Prefiero mostrarme de acuerdo con los demás que exponer mis propios puntos de vista
- 15.- Tiendo a actuar más para cumplir las expectativas de la gente cercana a mí que para cuidar de mis propias necesidades
- 22.-Tiendo a ceder y a abandonar mis propias metas para aumentar la armonía con los demás
- 29.- Soy incapaz de expresar mis sentimientos y necesidades abiertamente a otra gente
- 36.- Tiendo a aceptar las condiciones que van contra mis intereses personales sin ser capaz de protestar
- 43.- A menudo me siento inhibido cuando se trata de mostrar sentimientos negativos como la traición, la agresión o la furia
- 50.- Me siento inclinado a no mostrar mis sentimientos ante un shock emocional
- 57.- Cuando me siento bajo de moral tiendo a inhibirme y paralizarme
- 64.- Cuando algo terrible me ocurre, tal como la muerte de un ser querido, me siento incapaz de expresar mis emociones y deseos.

ANEXO V. ESCALAS DE ROTTER CONTROL INTERNO/EXTERNO Y LIFE ORIENTATION TEST DE SCHEIER Y CARVER

Rosbund (1989)

2.-Mi vida está determinada en la mayoría de las veces por circunstancias externas	Control Externo
3.- Mi vida ha transcurrido muy bien a pesar de las dificultades	Optimismo
4.- Siempre he sido yo quien ha tomado las decisiones en mi vida	Control Interno
7.-Generalmente tengo buenas experiencias en la vida	Optimismo
8.- He tenido poca influencia en la realización de mi vida	Control Externo
10.- La mayoría de las situaciones de mi vida las he superado con seguridad	Control Interno
11.-Estoy descontento/a con mi vida	Pesimismo
13.- Mi vida está determinada en mayor medida por fuerzas externas a mí que por mi mismo/a	Control Externo
14.-No he podido disfrutar mucho de mi vida	Pesimismo
15.- La buena o mala suerte depende de mis propias decisiones	Optimismo
17.- Los problemas que surgen en mi vida los supero yo mismo/a	Control Interno
19.- Nadie puede ayudarme mejor que yo mismo/a	Control Interno
25.-La evolución de mi vida es responsabilidad mía	Control Interno
27.- Otras personas tienen más influencia sobre mi vida que yo misma	Control Externo
29.- Como individuo, no puedo determinar mi vida	Control Externo

30.-Soy una persona pesimista	Pesimismo
31.- Tengo sobre mi vida menos control del que desearía tener	Control Externo
35.- La mayoría de las decisiones de mi vida las toman los demás	Control Externo
37.-Tengo tanta influencia sobre mi vida como necesito	Control Interno
38.-Estoy contento/a con mi vida	Optimismo
41.-Mi vida no ha valido la pena en muchos sentidos	Pesimismo
42.-Miro al futuro con una total confianza	Optimismo
47.- No espero muchas cosas del futuro	Pesimismo
48.-La vida me ha dado todo lo que he necesitado	Optimismo
50.- No he aprovechado las posibilidades que me ha ofrecido la vida	Pesimismo
51.-Aun espero muchas cosas buenas del futuro	Optimismo

**ANEXO VI. INVENTARIO DE PROBLEMAS
PSICOSOCIALES EN ENFERMAS DE CANCER
(IPPEC)**

Rosbund (1989)

28.-Tengo miedo de que a causa de mi enfermedad pueda llegar a estar indefenso/a y a tener que depender de los demás
43.- Desde la enfermedad me siento inseguro/a en el trato con las demás personas
49.- Desde la enfermedad me he apartado bastante de la vida social
52.- Desde la enfermedad ha empeorado la relación con mi pareja
57.- Mi pareja y yo tenemos menos relaciones sexuales que antes de la enfermedad
58.- Desde la enfermedad mi pareja me protege demasiado
62.- Desde la enfermedad mi capacidad de sentir placer sexual ha disminuido

ANEXO VII: ENUNCIADOS DE LOS PACIENTES

Prefiero pasarlo yo a que lo pase uno de mis hijos
Si yo caigo, mi familia cae conmigo
Soy el pilar de la casa
Me considero una persona fuerte
Siento que no me entienden
He sido una buena persona
No tengo miedo a morir pero si a sufrir
Yo no se lo que es un cáncer
Yo creo que voy a poder con esto
A veces pienso que es un mal sueño
Estoy bien cuando me acuesto y duermo, así no pienso en nada
Mi cabeza no para de dar vueltas
Esto es lo que tengo, intentaré aceptarlo lo mejor posible
Me ayudaría pensar en el día a día y así no estar pendiente de lo que pasara dentro de un tiempo
Quien decide sobre mi enfermedad soy yo
La situación es bastante difícil pero hoy en día hay esperanzas
Tengo mucha fe. La fe me da fuerzas
Si se coge a tiempo se puede vivir con él.
Ya no soy la misma persona
Es una enfermedad más que se puede curar si no le tienes miedo

He aprendido a cuidarme yo
Es una enfermedad que se supera, se puede salir adelante con ella
Me dicen que no me preocupe, que poco a poco nos acostumbraremos
Me pregunto por qué ha tenido que pasarme esto
Construyo metas y se destruyen por diferentes circunstancias
Descargo mi rabia sobre quien no tiene la culpa
Cuanto más aplazo algo mayor es el esfuerzo
Quiero ver crecer a mis hijos y envejecer con mi pareja
Quiero que la vida me de una segunda oportunidad
Que me pongan todo lo que haga falta para salir de esto
Al principio se te escapa de las manos, luego aprender a tomarte la vida de otra manera
La enfermedad ha supuesto un cambio radical en mi vida y en mis proyectos
Lo vivo lo mejor que puedo, sin ayuda sería mucho más difícil
Es otro problema más de los que ya tengo
Me ayuda el seguir con mi vida y tener tiempo para recuperarme
Mi cuerpo ha cambiado mucho
Lo superaré pero me va a costar
No puedo hacer nada contra esta enfermedad, no está en mis manos
Confío en el tratamiento médico
Confío en mi mismo

ANEXO VIII. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Título del estudio:

Atribuciones y creencias en el enfermo oncológico, creación de un instrumento de medida.

Autora de la investigación:

Rocío Romero Retes

Propósito del estudio:

El sufrir la enfermedad que usted padece supone vivir una serie de situaciones tal vez estresantes que requieren adaptarse a nuevas circunstancias y experiencias. No todo el mundo lo afronta de la misma manera ni tiene la misma facilidad para hacerlo y por esta razón consideramos necesario comprender en profundidad las reacciones de las personas que se enfrentan a esta enfermedad. El fin de esto, sería ayudar adecuadamente a todos los que sufren dificultades para adaptarse a esta situación. Para ello, su colaboración y la de otras personas en las mismas circunstancias podría ser de gran valor. Cada persona y su experiencia es única y por lo tanto valiosa para la comprensión de lo que está viviendo.

Condiciones de participación:

Hemos de hacerle una serie de preguntas a través de un cuestionario. Esto puede suponer simplemente un esfuerzo de tiempo y ningún riesgo para su salud. Toda la información obtenida será confidencial y anónima y sus datos se unirán al conjunto de los del grupo de los pacientes entrevistados, sin que se pueda identificar quien es la persona que da los datos una vez finalizado el estudio. Si desea conocer los resultados de las preguntas a las que ha respondido, será informado una vez finalizado el estudio. Cualquier información adicional que desee conocer le será facilitada por la persona responsable de la investigación.

La participación en este estudio es libre y voluntaria, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento si así lo desea.

Gracias por leer esta hoja informativa

ANEXO IX. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:

Acepto participar en el estudio sobre “Atribuciones, Creencias y Control Percibido en Enfermos Oncológicos”, ofreciendo la investigadora Rocío Romero Retes las garantías de la Ley de Protección de datos de carácter personal y la legislación sanitaria.

Comprendo que soy libre de retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en ningún sentido.

Firma del participante

Firma de la investigadora:

Fecha:

Correlaciones

Notas		
Resultados creados		13-APR-2010 17:02:25
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de valores perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada par de variables se basan en todos los casos que tengan datos válidos para dicho par.
Sintaxis		CORRELATIONS /VARIABLES=edad estudios Tiempo factor6 Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE .
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,05
	Tiempo	0:00:00,05

	transcurrido	
--	---------------------	--

Correlaciones										
		edad	estudios	Tiempo	factor6	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf
edad	Correlación de Pearson	1	-,187(*)	-,113	-,178(*)	-,307(**)	-,112	-,028	,164	-,169(*)
	Sig. (bilateral)		,029	,180	,033	,000	,184	,743	,050	,043
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143
estudios	Correlación de Pearson	-,187(*)	1	-,091	,040	-,063	-,033	,004	-,318(**)	,018
	Sig. (bilateral)	,029		,293	,641	,468	,702	,962	,000	,838
	N	136	136	136	136	136	136	136	136	136
Tiempo	Correlación de Pearson	-,113	-,091	1	-,087	,037	,034	-,170(*)	,118	,119
	Sig. (bilateral)	,180	,293		,301	,659	,683	,043	,161	,156
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143
factor6	Correlación de Pearson	-,178(*)	,040	-,087	1	,219(**)	,039	,081	,156	,113
	Sig. (bilateral)	,033	,641	,301		,009	,642	,339	,062	,180
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143
Fact1ExpcPos	Correlación de Pearson	-,307(**)	-,063	,037	,219(**)	1	-,215(**)	,326(**)	-,117	-,216(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,468	,659	,009		,010	,000	,164	,010
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

FAC2RepEmoc	Correlación de Pearson	-,112	-,033	,034	,039	-,215(**)	1	-,187(*)	,298(**)	,288(**)
	Sig. (bilateral)	,184	,702	,683	,642	,010		,025	,000	,000
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143
FAC3AconfAcep	Correlación de Pearson	-,028	,004	-,170(*)	,081	,326(**)	-,187(*)	1	-,038	-,192(*)
	Sig. (bilateral)	,743	,962	,043	,339	,000	,025		,651	,021
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143
FAC4DistHuida	Correlación de Pearson	,164	-,318(**)	,118	,156	-,117	,298(**)	-,038	1	,273(**)
	Sig. (bilateral)	,050	,000	,161	,062	,164	,000	,651		,001
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143
FAC5ConsecEnf	Correlación de Pearson	-,169(*)	,018	,119	,113	-,216(**)	,288(**)	-,192(*)	,273(**)	1
	Sig. (bilateral)	,043	,838	,156	,180	,010	,000	,021	,001	
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Prueba T

Notas		
Resultados creados		13-APR-2010 17:03:54
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Tratamiento de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos de cada análisis se basan en los casos que no tienen datos perdidos ni quedan fuera de rango en cualquiera de las variables del análisis.
Sintaxis	T-TEST GROUPS = sexo(1 2) /MISSING = ANALYSIS /VARIABLES = factor6 Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf /CRITERIA = CI(.95) .	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,02
	Tiempo transcurrido	0:00:00,02

Estadísticos de grupo					
	sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
factor6	mujer	75	1,9333	,72881	,08416
	varon	68	1,7618	,63270	,07673
Fact1ExpcPos	mujer	75	3,4889	,36359	,04198
	varon	68	3,2647	,51409	,06234
FAC2RepEmoc	mujer	75	1,6722	,53506	,06178
	varon	68	1,6556	,42220	,05120
FAC3AconfAcep	mujer	75	3,1164	,48326	,05580
	varon	68	3,1110	,47946	,05814
FAC4DistHuida	mujer	75	2,5709	,61432	,07094
	varon	68	2,4358	,55942	,06784
FAC5ConsecEnf	mujer	75	2,1105	,63175	,07295
	varon	68	1,9895	,60019	,07278

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
factor6	Se han asumido varianzas iguales	,742	,391	1,496	141	,137	,17157	,11467	-,05513	,39827
	No se han asumido varianzas iguales			1,507	140,745	,134	,17157	,11388	-,05357	,39671
Fact1ExpcPos	Se han asumido varianzas iguales	5,801	,017	3,032	141	,003	,22418	,07394	,07802	,37035
	No se han asumido varianzas iguales			2,983	119,329	,003	,22418	,07516	,07536	,37301
FAC2RepEmoc	Se han asumido varianzas iguales	2,475	,118	,204	141	,838	,01658	,08117	-,14387	,17704
	No se han asumido varianzas iguales			,207	138,431	,837	,01658	,08024	-,14207	,17524
FAC3AconfAcep	Se han	,054	,817	,067	141	,947	,00540	,08062	-,15398	,16478

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	asumido varianzas iguales									
	No se han asumido varianzas iguales			,067	139,846	,947	,00540	,08059	-,15393	,16473
FAC4DistHuida	Se han asumido varianzas iguales	,889	,347	1,370	141	,173	,13508	,09861	-,05986	,33002
	No se han asumido varianzas iguales			1,376	140,996	,171	,13508	,09815	-,05896	,32912
FAC5ConsecEnf	Se han asumido varianzas iguales	,014	,905	1,171	141	,244	,12098	,10331	-,08325	,32521
	No se han asumido varianzas iguales			1,174	140,683	,242	,12098	,10305	-,08274	,32470

ANOVA de un factor

Notas		
Resultados creados		13-APR-2010 17:07:02
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Tratamiento de los valores perdidos	Definición de los valores perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos de cada análisis se basan en los casos sin datos perdidos para cualquier variable en el análisis.
Sintaxis	ONEWAY factor6 Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf BY estudios /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY BROWNFORSYTHE /MISSING ANALYSIS /POSTHOC = BONFERRONI ALPHA(.05).	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Tiempo transcurrido	0:00:00,00
--	--------------------------------	------------

Descriptivos									
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior
factor6	primarios	73	1,8712	,68910	,08065	1,7105	2,0320	1,00	3,40
	bachiller, FP	30	1,7667	,62164	,11350	1,5345	1,9988	1,00	3,20
	diplomatura	13	1,9846	,80192	,22241	1,5000	2,4692	1,00	4,00
	licenciat	20	1,9400	,80026	,17894	1,5655	2,3145	1,00	4,00
	Total	136	1,8691	,69852	,05990	1,7507	1,9876	1,00	4,00
Fact1ExpcPos	primarios	73	3,4121	,43031	,05036	3,3117	3,5125	1,92	4,00
	bachiller, FP	30	3,3889	,42623	,07782	3,2297	3,5480	2,58	4,00
	diplomatura	13	3,3590	,52747	,14629	3,0402	3,6777	2,08	3,92
	licenciat	20	3,3333	,58490	,13079	3,0596	3,6071	1,33	3,92
	Total	136	3,3903	,45988	,03943	3,3123	3,4683	1,33	4,00
FAC2RepEmoc	primarios	73	1,6769	,43500	,05091	1,5754	1,7784	1,00	3,33
	bachiller, FP	30	1,6889	,50426	,09206	1,5006	1,8772	1,17	3,25
	diplomatura	13	1,6026	,52722	,14622	1,2840	1,9212	1,00	2,58
	licenciat	20	1,6458	,63688	,14241	1,3478	1,9439	1,00	3,08
	Total	136	1,6679	,48781	,04183	1,5852	1,7506	1,00	3,33
FAC3AconfAcep	primarios	73	3,1171	,48779	,05709	3,0033	3,2309	1,45	4,00
	bachiller, FP	30	3,0273	,51931	,09481	2,8334	3,2212	1,73	3,82
	diplomatura	13	3,1469	,55365	,15355	2,8123	3,4814	2,18	4,00

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	licenciat	20	3,1227	,35672	,07977	2,9558	3,2897	2,36	3,64
	Total	136	3,1009	,48126	,04127	3,0193	3,1826	1,45	4,00
FAC4DistHuida	primarios	73	2,5990	,58522	,06849	2,4625	2,7355	1,09	3,82
	bachiller, FP	30	2,5939	,49433	,09025	2,4094	2,7785	1,82	3,64
	diplomatura	13	2,3007	,46412	,12872	2,0202	2,5812	1,45	2,91
	licenciat	20	2,0591	,59524	,13310	1,7805	2,3377	1,09	3,36
	Total	136	2,4900	,58647	,05029	2,3905	2,5894	1,09	3,82
FAC5ConsecEnf	primarios	73	2,0411	,62155	,07275	1,8961	2,1861	1,14	3,57
	bachiller, FP	30	2,0238	,60851	,11110	1,7966	2,2510	1,00	3,57
	diplomatura	13	2,0440	,61827	,17148	1,6703	2,4176	1,00	3,14
	licenciat	20	2,0786	,54344	,12152	1,8242	2,3329	1,29	3,14
	Total	136	2,0431	,60116	,05155	1,9411	2,1450	1,00	3,57

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
factor6	,598	3	132	,618
Fact1ExpcPos	,412	3	132	,745
FAC2RepEmoc	,918	3	132	,434
FAC3AconfAcep	1,556	3	132	,203
FAC4DistHuida	,901	3	132	,443
FAC5ConsecEnf	,102	3	132	,959

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
factor6	Inter-grupos	,589	3	,196	,397	,755
	Intra-grupos	65,281	132	,495		
	Total	65,870	135			
Fact1ExpcPos	Inter-grupos	,112	3	,037	,174	,914
	Intra-grupos	28,439	132	,215		
	Total	28,551	135			
FAC2RepEmoc	Inter-grupos	,084	3	,028	,116	,951
	Intra-grupos	32,040	132	,243		
	Total	32,125	135			
FAC3AconfAcep	Inter-grupos	,219	3	,073	,310	,818
	Intra-grupos	31,049	132	,235		
	Total	31,267	135			
FAC4DistHuida	Inter-grupos	5,371	3	1,790	5,755	,001
	Intra-grupos	41,062	132	,311		
	Total	46,433	135			

Rocío Romero Retes

	Inter- grupos	,037	3	,012	,033	,992
FAC5ConsecEnf	Intra- grupos	48,752	132	,369		
	Total	48,789	135			

Pruebas robustas de igualdad de las medias					
		Estadístico(a)	gl1	gl2	Sig.
factor6	Brown-Forsythe	,357	3	57,015	,784
Fact1ExpcPos	Brown-Forsythe	,146	3	56,309	,932
FAC2RepEmoc	Brown-Forsythe	,096	3	59,878	,962
FAC3AconfAcep	Brown-Forsythe	,310	3	57,210	,818
FAC4DistHuida	Brown-Forsythe	6,348	3	74,811	,001
FAC5ConsecEnf	Brown-Forsythe	,034	3	68,281	,991
a Distribuidos en F asintóticamente.					

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples							
Bonferroni							
Variable dependiente	(I) estudios	(J) estudios	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
factor6	primarios	bachiller, FP	,10457	,15251	1,000	-,3040	,5131
		diplomatura	-,11338	,21170	1,000	-,6804	,4537
		licenciat	-,06877	,17749	1,000	-,5442	,4067
	bachiller, FP	primarios	-,10457	,15251	1,000	-,5131	,3040
		diplomatura	-,21795	,23351	1,000	-,8434	,4075
		licenciat	-,17333	,20301	1,000	-,7171	,3704
	diplomatura	primarios	,11338	,21170	1,000	-,4537	,6804
		bachiller, FP	,21795	,23351	1,000	-,4075	,8434
		licenciat	,04462	,25054	1,000	-,6265	,7157
	licenciat	primarios	,06877	,17749	1,000	-,4067	,5442
		bachiller, FP	,17333	,20301	1,000	-,3704	,7171
		diplomatura	-,04462	,25054	1,000	-,7157	,6265
Fact1ExpcPos	primarios	bachiller, FP	,02321	,10066	1,000	-,2464	,2928
		diplomatura	,05313	,13973	1,000	-,3212	,4274
		licenciat	,07877	,11715	1,000	-,2350	,3926
	bachiller, FP	primarios	-,02321	,10066	1,000	-,2928	,2464

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

		diplomatura	,02991	,15412	1,000	-,3829	,4428
		licenciat	,05556	,13399	1,000	-,3034	,4145
	diplomatura	primarios	-,05313	,13973	1,000	-,4274	,3212
		bachiller, FP	-,02991	,15412	1,000	-,4428	,3829
		licenciat	,02564	,16536	1,000	-,4173	,4686
	licenciat	primarios	-,07877	,11715	1,000	-,3926	,2350
		bachiller, FP	-,05556	,13399	1,000	-,4145	,3034
		diplomatura	-,02564	,16536	1,000	-,4686	,4173
FAC2RepEmoc	primarios	bachiller, FP	-,01195	,10685	1,000	-,2981	,2742
		diplomatura	,07438	,14831	1,000	-,3229	,4716
		licenciat	,03111	,12434	1,000	-,3020	,3642
	bachiller, FP	primarios	,01195	,10685	1,000	-,2742	,2981
		diplomatura	,08632	,16359	1,000	-,3519	,5245
		licenciat	,04306	,14222	1,000	-,3379	,4240
	diplomatura	primarios	-,07438	,14831	1,000	-,4716	,3229
		bachiller, FP	-,08632	,16359	1,000	-,5245	,3519
		licenciat	-,04327	,17552	1,000	-,5134	,4269
	licenciat	primarios	-,03111	,12434	1,000	-,3642	,3020
		bachiller, FP	-,04306	,14222	1,000	-,4240	,3379
		diplomatura	,04327	,17552	1,000	-,4269	,5134
FAC3AconfAcep	primarios	bachiller, FP	,08979	,10518	1,000	-,1919	,3715
		diplomatura	-,02979	,14600	1,000	-,4209	,3613
		licenciat	-,00567	,12241	1,000	-,3335	,3222

	bachiller, FP	primarios	-,08979	,10518	1,000	-,3715	,1919
		diplomatura	-,11958	,16104	1,000	-,5509	,3118
		licenciat	-,09545	,14001	1,000	-,4705	,2796
	diplomatura	primarios	,02979	,14600	1,000	-,3613	,4209
		bachiller, FP	,11958	,16104	1,000	-,3118	,5509
		licenciat	,02413	,17278	1,000	-,4387	,4869
	licenciat	primarios	,00567	,12241	1,000	-,3222	,3335
		bachiller, FP	,09545	,14001	1,000	-,2796	,4705
		diplomatura	-,02413	,17278	1,000	-,4869	,4387
FAC4DistHuida	primarios	bachiller, FP	,00506	,12096	1,000	-,3189	,3291
		diplomatura	,29830	,16790	,468	-,1514	,7480
		licenciat	,53991(*)	,14077	,001	,1629	,9170
	bachiller, FP	primarios	-,00506	,12096	1,000	-,3291	,3189
		diplomatura	,29324	,18520	,694	-,2028	,7893
		licenciat	,53485(*)	,16101	,007	,1036	,9661
	diplomatura	primarios	-,29830	,16790	,468	-,7480	,1514
		bachiller, FP	-,29324	,18520	,694	-,7893	,2028
		licenciat	,24161	,19870	1,000	-,2906	,7739
	licenciat	primarios	-,53991(*)	,14077	,001	-,9170	-,1629
		bachiller, FP	-,53485(*)	,16101	,007	-,9661	-,1036
		diplomatura	-,24161	,19870	1,000	-,7739	,2906
FAC5ConsecEnf	primarios	bachiller, FP	,01729	,13180	1,000	-,3357	,3703
		diplomatura	-,00286	,18295	1,000	-,4929	,4872

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	licenciat	-,03748	,15338	1,000	-,4483	,3734
bachiller, FP	primarios	-,01729	,13180	1,000	-,3703	,3357
	diplomatura	-,02015	,20180	1,000	-,5607	,5204
	licenciat	-,05476	,17544	1,000	-,5247	,4152
diplomatura	primarios	,00286	,18295	1,000	-,4872	,4929
	bachiller, FP	,02015	,20180	1,000	-,5204	,5607
	licenciat	-,03462	,21651	1,000	-,6146	,5453
licenciat	primarios	,03748	,15338	1,000	-,3734	,4483
	bachiller, FP	,05476	,17544	1,000	-,4152	,5247
	diplomatura	,03462	,21651	1,000	-,5453	,6146
* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados	13-APR-2010 17:08:40	
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis	NPAR TESTS /K-W=factor6 Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf BY estudios(1 4) /STATISTICS DESCRIPTIVES QUARTILES /MISSING ANALYSIS.	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,03
	Número de casos	65578

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	permitidos(a)	
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
estudios	136	1,8529	1,09902	1,00	4,00	1,0000	1,0000	2,0000

Prueba de Kruskal-Wallis

Rangos			
	estudios	N	Rango promedio
factor6	primarios	73	68,77
	bachiller, FP	30	63,92
	diplomatura	13	74,12
	licenciat	20	70,73
	Total	136	
Fact1ExpcPos	primarios	73	69,53
	bachiller, FP	30	67,48
	diplomatura	13	68,62
	licenciat	20	66,20
	Total	136	
FAC2RepEmoc	primarios	73	71,55
	bachiller, FP	30	70,67
	diplomatura	13	60,23
	licenciat	20	59,48
	Total	136	
FAC3AconfAcep	primarios	73	69,66
	bachiller, FP	30	63,23
	diplomatura	13	72,27
	licenciat	20	69,70

	Total	136	
FAC4DistHuida	primarios	73	75,42
	bachiller, FP	30	75,13
	diplomatura	13	56,00
	licenciat	20	41,40
	Total	136	
FAC5ConsecEnf	primarios	73	67,65
	bachiller, FP	30	67,68
	diplomatura	13	69,85
	licenciat	20	71,95
	Total	136	

Estadísticos de contraste(a,b)						
	factor6	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf
Chi-cuadrado	,746	,139	2,163	,740	13,912	,216
gl	3	3	3	3	3	3
Sig. asintót.	,862	,987	,539	,864	,003	,975
a Prueba de Kruskal-Wallis						
b Variable de agrupación: estudios						

ANOVA de un factor

Notas		
Resultados creados		13-APR-2010 17:09:33
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Tratamiento de los valores perdidos	Definición de los valores perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos de cada análisis se basan en los casos sin datos perdidos para cualquier variable en el análisis.
Sintaxis	ONEWAY factor6 Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf BY sitlaboral /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY BROWNFORSYTHE /MISSING ANALYSIS /POSTHOC = BONFERRONI ALPHA(.05).	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,02

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Tiempo transcurrido	0:00:00,09
--	--------------------------------	------------

Descriptivos									
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior
factor6	activo	43	2,0000	,79762	,12164	1,7545	2,2455	1,00	4,00
	activo/baja	37	1,9297	,64501	,10604	1,7147	2,1448	1,00	3,40
	paro	12	2,1333	,58672	,16937	1,7605	2,5061	1,20	3,20
	jubilado	27	1,5407	,60209	,11587	1,3026	1,7789	1,00	3,20
	sus labores	21	1,7238	,56027	,12226	1,4688	1,9788	1,00	3,20
	Total	140	1,8629	,69036	,05835	1,7475	1,9782	1,00	4,00
Fact1ExpcPos	activo	43	3,5078	,40082	,06112	3,3844	3,6311	2,08	4,00
	activo/baja	37	3,4122	,40107	,06594	3,2784	3,5459	2,58	4,00
	paro	12	3,4028	,38898	,11229	3,1556	3,6499	2,50	4,00
	jubilado	27	3,0401	,55776	,10734	2,8195	3,2608	1,33	3,92
	sus labores	21	3,4722	,36925	,08058	3,3041	3,6403	2,67	4,00
	Total	140	3,3780	,45725	,03864	3,3016	3,4544	1,33	4,00
FAC2RepEmoc	activo	43	1,6240	,50375	,07682	1,4690	1,7791	1,00	3,25
	activo/baja	37	1,6757	,50871	,08363	1,5061	1,8453	1,08	3,00
	paro	12	1,9097	,54176	,15639	1,5655	2,2539	1,25	3,33
	jubilado	27	1,7284	,48238	,09283	1,5376	1,9192	1,00	3,08
	sus labores	21	1,5516	,34103	,07442	1,3964	1,7068	1,17	2,58
	Total	140	1,6714	,48537	,04102	1,5903	1,7525	1,00	3,33

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

FAC3AconfAcep	activo	43	3,2051	,47325	,07217	3,0594	3,3507	2,09	4,00
	activo/baja	37	3,0713	,38578	,06342	2,9426	3,1999	2,18	3,64
	paro	12	3,0606	,39405	,11375	2,8102	3,3110	2,45	3,82
	jubilado	27	2,9630	,63399	,12201	2,7122	3,2138	1,45	4,00
	sus labores	21	3,1991	,43752	,09547	3,0000	3,3983	2,55	3,91
	Total	140	3,1097	,47962	,04054	3,0296	3,1899	1,45	4,00
FAC4DistHuida	activo	43	2,3277	,59287	,09041	2,1452	2,5102	1,09	3,64
	activo/baja	37	2,5258	,55964	,09200	2,3392	2,7124	1,09	3,64
	paro	12	2,4773	,62999	,18186	2,0770	2,8775	1,55	3,82
	jubilado	27	2,6700	,56105	,10797	2,4481	2,8920	1,36	3,73
	sus labores	21	2,6970	,58658	,12800	2,4300	2,9640	1,82	3,64
	Total	140	2,5143	,58974	,04984	2,4157	2,6128	1,09	3,82
FAC5ConsecEnf	activo	43	2,0133	,59379	,09055	1,8305	2,1960	1,14	3,57
	activo/baja	37	2,2008	,56990	,09369	2,0108	2,3908	1,14	3,43
	paro	12	2,1071	,51373	,14830	1,7807	2,4335	1,14	3,00
	jubilado	27	1,8889	,63436	,12208	1,6379	2,1398	1,00	3,00
	sus labores	21	1,9456	,67985	,14836	1,6361	2,2550	1,14	3,57
	Total	140	2,0367	,60545	,05117	1,9356	2,1379	1,00	3,57

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
factor6	2,455	4	135	,049
Fact1ExpcPos	,839	4	135	,503
FAC2RepEmoc	,725	4	135	,576
FAC3AconfAcep	2,356	4	135	,057
FAC4DistHuida	,105	4	135	,981
FAC5ConsecEnf	,508	4	135	,730

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
factor6	Inter-grupos	5,060	4	1,265	2,791	,029
	Intra-grupos	61,187	135	,453		
	Total	66,247	139			
Fact1ExpcPos	Inter-grupos	4,043	4	1,011	5,454	,000
	Intra-grupos	25,018	135	,185		
	Total	29,061	139			
FAC2RepEmoc	Inter-grupos	1,168	4	,292	1,248	,294
	Intra-grupos	31,579	135	,234		
	Total	32,747	139			
FAC3AconfAcep	Inter-grupos	1,224	4	,306	1,343	,257
	Intra-grupos	30,751	135	,228		
	Total	31,975	139			
FAC4DistHuida	Inter-grupos	2,874	4	,719	2,133	,080
	Intra-grupos	45,469	135	,337		
	Total	48,343	139			

Rocío Romero Retes

FAC5ConsecEnf	Inter-grupos	1,843	4	,461	1,267	,286
	Intra-grupos	49,111	135	,364		
	Total	50,954	139			

Pruebas robustas de igualdad de las medias					
		Estadístico(a)	gl1	gl2	Sig.
factor6	Brown-Forsythe	3,121	4	113,822	,018
Fact1ExpPos	Brown-Forsythe	5,501	4	97,856	,000
FAC2RepEmoc	Brown-Forsythe	1,268	4	83,739	,289
FAC3AconfAcep	Brown-Forsythe	1,370	4	98,493	,250
FAC4DistHuida	Brown-Forsythe	2,078	4	88,528	,090
FAC5ConsecEnf	Brown-Forsythe	1,278	4	103,611	,283
a Distribuidos en F asintóticamente.					

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples							
Bonferroni							
Variable dependiente	(I) sitlaboral	(J) sitlaboral	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
factor6	activo	activo/baja	,07027	,15096	1,000	-,3606	,5011
		paro	-,13333	,21980	1,000	-,7606	,4939
		jubilado	,45926	,16531	,062	-,0125	,9310
		sus labores	,27619	,17923	1,000	-,2353	,7877
	activo/baja	activo	-,07027	,15096	1,000	-,5011	,3606
		paro	-,20360	,22365	1,000	-,8419	,4347
		jubilado	,38899	,17040	,240	-,0973	,8753
		sus labores	,20592	,18394	1,000	-,3190	,7309
	paro	activo	,13333	,21980	1,000	-,4939	,7606
		activo/baja	,20360	,22365	1,000	-,4347	,8419
		jubilado	,59259	,23357	,123	-,0740	1,2592
		sus labores	,40952	,24362	,951	-,2858	1,1048
	jubilado	activo	-,45926	,16531	,062	-,9310	,0125
		activo/baja	-,38899	,17040	,240	-,8753	,0973
		paro	-,59259	,23357	,123	-1,2592	,0740
		sus labores	-,18307	,19588	1,000	-,7421	,3760

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	sus labores	activo	-,27619	,17923	1,000	-,7877	,2353
		activo/baja	-,20592	,18394	1,000	-,7309	,3190
		paro	-,40952	,24362	,951	-1,1048	,2858
		jubilado	,18307	,19588	1,000	-,3760	,7421
Fact1ExpcPos	activo	activo/baja	,09559	,09653	1,000	-,1799	,3711
		paro	,10497	,14055	1,000	-,2961	,5061
		jubilado	,46763(*)	,10570	,000	,1660	,7693
		sus labores	,03553	,11461	1,000	-,2915	,3626
	activo/baja	activo	-,09559	,09653	1,000	-,3711	,1799
		paro	,00938	,14301	1,000	-,3988	,4175
		jubilado	,37204(*)	,10896	,008	,0611	,6830
		sus labores	-,06006	,11762	1,000	-,3957	,2756
	paro	activo	-,10497	,14055	1,000	-,5061	,2961
		activo/baja	-,00938	,14301	1,000	-,4175	,3988
		jubilado	,36265	,14935	,165	-,0636	,7889
		sus labores	-,06944	,15578	1,000	-,5140	,3751
	jubilado	activo	-,46763(*)	,10570	,000	-,7693	-,1660
		activo/baja	-,37204(*)	,10896	,008	-,6830	-,0611
		paro	-,36265	,14935	,165	-,7889	,0636
		sus labores	-,43210(*)	,12525	,007	-,7896	-,0746
	sus labores	activo	-,03553	,11461	1,000	-,3626	,2915
		activo/baja	,06006	,11762	1,000	-,2756	,3957
		paro	,06944	,15578	1,000	-,3751	,5140

Rocío Romero Retes

		jubilado	,43210(*)	,12525	,007	,0746	,7896
FAC2RepEmoc	activo	activo/baja	-,05164	,10845	1,000	-,3612	,2579
		paro	-,28569	,15790	,726	-,7363	,1649
		jubilado	-,10436	,11876	1,000	-,4433	,2346
		sus labores	,07244	,12876	1,000	-,2950	,4399
	activo/baja	activo	,05164	,10845	1,000	-,2579	,3612
		paro	-,23405	,16067	1,000	-,6926	,2245
		jubilado	-,05272	,12242	1,000	-,4021	,2966
		sus labores	,12409	,13214	1,000	-,2530	,5012
	paro	activo	,28569	,15790	,726	-,1649	,7363
		activo/baja	,23405	,16067	1,000	-,2245	,6926
		jubilado	,18133	,16780	1,000	-,2976	,6602
		sus labores	,35813	,17502	,427	-,1414	,8576
	jubilado	activo	,10436	,11876	1,000	-,2346	,4433
		activo/baja	,05272	,12242	1,000	-,2966	,4021
		paro	-,18133	,16780	1,000	-,6602	,2976
		sus labores	,17681	,14072	1,000	-,2248	,5784
	sus labores	activo	-,07244	,12876	1,000	-,4399	,2950
		activo/baja	-,12409	,13214	1,000	-,5012	,2530
		paro	-,35813	,17502	,427	-,8576	,1414
		jubilado	-,17681	,14072	1,000	-,5784	,2248
FAC3AconfAcep	activo	activo/baja	,13382	,10702	1,000	-,1716	,4393
		paro	,14447	,15582	1,000	-,3002	,5892

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

		jubilado	,24211	,11719	,407	-,0923	,5766
		sus labores	,00594	,12706	1,000	-,3567	,3686
	activo/baja	activo	-,13382	,10702	1,000	-,4393	,1716
		paro	,01065	,15855	1,000	-,4418	,4631
		jubilado	,10829	,12080	1,000	-,2365	,4530
		sus labores	-,12788	,13040	1,000	-,5000	,2443
	paro	activo	-,14447	,15582	1,000	-,5892	,3002
		activo/baja	-,01065	,15855	1,000	-,4631	,4418
		jubilado	,09764	,16559	1,000	-,3749	,5702
		sus labores	-,13853	,17271	1,000	-,6314	,3544
	jubilado	activo	-,24211	,11719	,407	-,5766	,0923
		activo/baja	-,10829	,12080	1,000	-,4530	,2365
		paro	-,09764	,16559	1,000	-,5702	,3749
		sus labores	-,23617	,13886	,913	-,6325	,1601
	sus labores	activo	-,00594	,12706	1,000	-,3686	,3567
		activo/baja	,12788	,13040	1,000	-,2443	,5000
		paro	,13853	,17271	1,000	-,3544	,6314
		jubilado	,23617	,13886	,913	-,1601	,6325
FAC4DistHuida	activo	activo/baja	-,19810	,13014	1,000	-,5695	,1733
		paro	-,14958	,18947	1,000	-,6903	,3912
		jubilado	-,34234	,14250	,177	-,7490	,0644
		sus labores	-,36927	,15450	,182	-,8102	,0717
	activo/baja	activo	,19810	,13014	1,000	-,1733	,5695

Rocío Romero Retes

		paro	,04853	,19280	1,000	-,5017	,5987
		jubilado	-,14424	,14689	1,000	-,5635	,2750
		sus labores	-,17117	,15856	1,000	-,6237	,2813
	paro	activo	,14958	,18947	1,000	-,3912	,6903
		activo/baja	-,04853	,19280	1,000	-,5987	,5017
		jubilado	-,19276	,20135	1,000	-,7674	,3819
		sus labores	-,21970	,21001	1,000	-,8191	,3797
	jubilado	activo	,34234	,14250	,177	-,0644	,7490
		activo/baja	,14424	,14689	1,000	-,2750	,5635
		paro	,19276	,20135	1,000	-,3819	,7674
		sus labores	-,02694	,16886	1,000	-,5088	,4550
	sus labores	activo	,36927	,15450	,182	-,0717	,8102
		activo/baja	,17117	,15856	1,000	-,2813	,6237
		paro	,21970	,21001	1,000	-,3797	,8191
		jubilado	,02694	,16886	1,000	-,4550	,5088
FAC5ConsecEnf	activo	activo/baja	-,18748	,13525	1,000	-,5735	,1985
		paro	-,09385	,19691	1,000	-,6558	,4681
		jubilado	,12440	,14810	1,000	-,2983	,5471
		sus labores	,06771	,16057	1,000	-,3905	,5260
	activo/baja	activo	,18748	,13525	1,000	-,1985	,5735
		paro	,09363	,20037	1,000	-,4782	,6655
		jubilado	,31188	,15266	,430	-,1238	,7476
		sus labores	,25519	,16479	1,000	-,2151	,7255

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	paro	activo	,09385	,19691	1,000	-,4681	,6558
		activo/baja	-,09363	,20037	1,000	-,6655	,4782
		jubilado	,21825	,20926	1,000	-,3789	,8155
		sus labores	,16156	,21826	1,000	-,4613	,7845
	jubilado	activo	-,12440	,14810	1,000	-,5471	,2983
		activo/baja	-,31188	,15266	,430	-,7476	,1238
		paro	-,21825	,20926	1,000	-,8155	,3789
		sus labores	-,05669	,17549	1,000	-,5575	,4441
	sus labores	activo	-,06771	,16057	1,000	-,5260	,3905
		activo/baja	-,25519	,16479	1,000	-,7255	,2151
		paro	-,16156	,21826	1,000	-,7845	,4613
		jubilado	,05669	,17549	1,000	-,4441	,5575
* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.							

ANOVA de un factor

Notas		
Resultados creados		13-APR-2010 17:10:10
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Tratamiento de los valores perdidos	Definición de los valores perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos de cada análisis se basan en los casos sin datos perdidos para cualquier variable en el análisis.
Sintaxis	ONEWAY factor6 Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf BY vive /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY BROWNFORSYTHE /MISSING ANALYSIS /POSTHOC = BONFERRONI ALPHA(.05).	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,03

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Tiempo transcurrido	0:00:00,02
--	--------------------------------	------------

Descriptivos									
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior
factor6	solo	14	1,8571	,59448	,15888	1,5139	2,2004	1,00	2,80
	pareja	106	1,8717	,70707	,06868	1,7355	2,0079	1,00	4,00
	otros familiares	23	1,7565	,66867	,13943	1,4674	2,0457	1,00	3,20
	Total	143	1,8517	,68781	,05752	1,7380	1,9654	1,00	4,00
Fact1ExpcPos	solo	14	3,2440	,66944	,17891	2,8575	3,6306	1,33	3,92
	pareja	106	3,3931	,42504	,04128	3,3112	3,4749	1,92	4,00
	otros familiares	23	3,4167	,43592	,09090	3,2282	3,6052	2,50	4,00
	Total	143	3,3823	,45411	,03797	3,3072	3,4574	1,33	4,00
FAC2RepEmoc	solo	14	1,6488	,45312	,12110	1,3872	1,9104	1,00	2,33
	pareja	106	1,6069	,43106	,04187	1,5239	1,6899	1,00	3,33
	otros familiares	23	1,9384	,63525	,13246	1,6637	2,2131	1,17	3,25
	Total	143	1,6643	,48308	,04040	1,5845	1,7442	1,00	3,33
FAC3AconfAcep	solo	14	3,1104	,38434	,10272	2,8885	3,3323	2,64	3,82
	pareja	106	3,1063	,47866	,04649	3,0142	3,1985	1,73	4,00
	otros familiares	23	3,1502	,55067	,11482	2,9121	3,3883	1,45	4,00
	Total	143	3,1138	,47977	,04012	3,0345	3,1931	1,45	4,00

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

FAC4DistHuida	solo	14	2,3506	,59544	,15914	2,0068	2,6944	1,36	3,27
	pareja	106	2,4949	,58218	,05655	2,3827	2,6070	1,09	3,73
	otros familiares	23	2,6561	,62080	,12945	2,3877	2,9246	1,45	3,82
	Total	143	2,5067	,59069	,04940	2,4090	2,6043	1,09	3,82
FAC5ConsecEnf	solo	14	2,0714	,76982	,20574	1,6269	2,5159	1,14	3,71
	pareja	106	2,0310	,60223	,05849	1,9150	2,1470	1,00	3,57
	otros familiares	23	2,1429	,60914	,12702	1,8794	2,4063	1,00	3,14
	Total	143	2,0529	,61776	,05166	1,9508	2,1551	1,00	3,71

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
factor6	,353	2	140	,703
Fact1ExpcPos	1,225	2	140	,297
FAC2RepEmoc	3,140	2	140	,046
FAC3AconfAcep	,488	2	140	,615
FAC4DistHuida	,111	2	140	,895
FAC5ConsecEnf	,306	2	140	,737

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
factor6	Inter-grupos	,251	2	,126	,263	,769
	Intra-grupos	66,926	140	,478		
	Total	67,177	142			
Fact1ExpcPos	Inter-grupos	,307	2	,154	,742	,478
	Intra-grupos	28,975	140	,207		
	Total	29,282	142			
FAC2RepEmoc	Inter-grupos	2,080	2	1,040	4,689	,011
	Intra-grupos	31,058	140	,222		
	Total	33,138	142			
FAC3AconfAcep	Inter-grupos	,037	2	,018	,078	,925
	Intra-grupos	32,649	140	,233		
	Total	32,685	142			
FAC4DistHuida	Inter-grupos	,869	2	,435	1,250	,290
	Intra-grupos	48,676	140	,348		
	Total	49,545	142			

Rocío Romero Retes

FAC5ConsecEnf	Inter- grupos	,242	2	,121	,314	,731
	Intra- grupos	53,949	140	,385		
	Total	54,191	142			

Pruebas robustas de igualdad de las medias					
		Estadístico(a)	gl1	gl2	Sig.
factor6	Brown-Forsythe	,305	2	47,155	,739
Fact1ExpcPos	Brown-Forsythe	,503	2	27,107	,610
FAC2RepEmoc	Brown-Forsythe	3,638	2	41,546	,035
FAC3AconfAcep	Brown-Forsythe	,082	2	46,011	,922
FAC4DistHuida	Brown-Forsythe	1,189	2	42,081	,314
FAC5ConsecEnf	Brown-Forsythe	,257	2	33,361	,775
a Distribuidos en F asintóticamente.					

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples Bonferroni							
Variable dependiente	(I) vive	(J) vive	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
factor6	solo	pareja	-,01456	,19661	1,000	-,4910	,4618
		otros familiares	,10062	,23437	1,000	-,4673	,6685
	pareja	solo	,01456	,19661	1,000	-,4618	,4910
		otros familiares	,11518	,15904	1,000	-,2702	,5005
	otros familiares	solo	-,10062	,23437	1,000	-,6685	,4673
		pareja	-,11518	,15904	1,000	-,5005	,2702
Fact1ExpcPos	solo	pareja	-,14903	,12937	,754	-,4625	,1644
		otros familiares	-,17262	,15421	,795	-,5463	,2011
	pareja	solo	,14903	,12937	,754	-,1644	,4625
		otros familiares	-,02358	,10465	1,000	-,2772	,2300
	otros familiares	solo	,17262	,15421	,795	-,2011	,5463
		pareja	,02358	,10465	1,000	-,2300	,2772
FAC2RepEmoc	solo	pareja	,04189	,13393	1,000	-,2826	,3664
		otros familiares	-,28960	,15966	,216	-,6765	,0973

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	pareja	solo	-,04189	,13393	1,000	-,3664	,2826
		otros familiares	-,33149(*)	,10834	,008	-,5940	-,0690
	otros familiares	solo	,28960	,15966	,216	-,0973	,6765
		pareja	,33149(*)	,10834	,008	,0690	,5940
FAC3AconfAcep	solo	pareja	,00404	,13732	1,000	-,3287	,3368
		otros familiares	-,03981	,16370	1,000	-,4365	,3568
	pareja	solo	-,00404	,13732	1,000	-,3368	,3287
		otros familiares	-,04385	,11108	1,000	-,3130	,2253
	otros familiares	solo	,03981	,16370	1,000	-,3568	,4365
		pareja	,04385	,11108	1,000	-,2253	,3130
FAC4DistHuida	solo	pareja	-,14420	,16767	1,000	-,5505	,2621
		otros familiares	-,30548	,19988	,386	-,7898	,1788
	pareja	solo	,14420	,16767	1,000	-,2621	,5505
		otros familiares	-,16127	,13563	,709	-,4899	,1674
	otros familiares	solo	,30548	,19988	,386	-,1788	,7898
		pareja	,16127	,13563	,709	-,1674	,4899
FAC5ConsecEnf	solo	pareja	,04043	,17652	1,000	-,3873	,4682
		otros familiares	-,07143	,21043	1,000	-,5813	,4385
	pareja	solo	-,04043	,17652	1,000	-,4682	,3873
		otros familiares	-,11186	,14279	1,000	-,4579	,2341

	otros familiares	solo	,07143	,21043	1,000	-,4385	,5813
		pareja	,11186	,14279	1,000	-,2341	,4579
* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.							

ANOVA de un factor

Notas		
Resultados creados		13-APR-2010 17:10:38
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Tratamiento de los valores perdidos	Definición de los valores perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos de cada análisis se basan en los casos sin datos perdidos para cualquier variable en el análisis.
Sintaxis	ONEWAY factor6 Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf BY Tiempo /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY BROWNFORSYTHE /MISSING ANALYSIS /POSTHOC = BONFERRONI ALPHA(.05).	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,03

	Tiempo transcurrido	0:00:00,02
--	--------------------------------	------------

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

Descriptivos									
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior
factor6	1 mes	38	1,9526	,80328	,13031	1,6886	2,2167	1,00	4,00
	menos 3 meses	53	1,8340	,63335	,08700	1,6594	2,0085	1,00	4,00
	mas de 3 meses	52	1,7962	,65498	,09083	1,6138	1,9785	1,00	3,40
	Total	143	1,8517	,68781	,05752	1,7380	1,9654	1,00	4,00
Fact1ExpcPos	1 mes	38	3,3750	,54447	,08833	3,1960	3,5540	1,33	4,00
	menos 3 meses	53	3,3569	,42157	,05791	3,2407	3,4731	2,08	3,92
	mas de 3 meses	52	3,4135	,41975	,05821	3,2966	3,5303	2,50	4,00
	Total	143	3,3823	,45411	,03797	3,3072	3,4574	1,33	4,00
FAC2RepEmoc	1 mes	38	1,6140	,50315	,08162	1,4487	1,7794	1,08	3,25
	menos 3 meses	53	1,7013	,48328	,06638	1,5681	1,8345	1,00	3,33
	mas de 3 meses	52	1,6635	,47399	,06573	1,5315	1,7954	1,08	3,17
	Total	143	1,6643	,48308	,04040	1,5845	1,7442	1,00	3,33

Rocío Romero Retes

FAC3AconfAcep	1 mes	38	3,2321	,46147	,07486	3,0804	3,3837	1,73	4,00
	menos 3 meses	53	3,1166	,47351	,06504	2,9861	3,2472	2,09	4,00
	mas de 3 meses	52	3,0245	,48910	,06783	2,8883	3,1606	1,45	3,82
	Total	143	3,1138	,47977	,04012	3,0345	3,1931	1,45	4,00
FAC4DistHuida	1 mes	38	2,4378	,58070	,09420	2,2469	2,6287	1,36	3,55
	menos 3 meses	53	2,4580	,60037	,08247	2,2925	2,6235	1,09	3,73
	mas de 3 meses	52	2,6066	,58577	,08123	2,4436	2,7697	1,09	3,82
	Total	143	2,5067	,59069	,04940	2,4090	2,6043	1,09	3,82
FAC5ConsecEnf	1 mes	38	1,8308	,61049	,09904	1,6302	2,0315	1,00	3,57
	menos 3 meses	53	2,2156	,66158	,09088	2,0333	2,3980	1,14	3,71
	mas de 3 meses	52	2,0495	,53068	,07359	1,9017	2,1972	1,00	3,57
	Total	143	2,0529	,61776	,05166	1,9508	2,1551	1,00	3,71

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
factor6	3,040	2	140	,051
Fact1ExpcPos	,391	2	140	,677
FAC2RepEmoc	,044	2	140	,957
FAC3AconfAcep	,219	2	140	,803
FAC4DistHuida	,043	2	140	,958
FAC5ConsecEnf	1,895	2	140	,154

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
factor6	Inter-grupos	,564	2	,282	,593	,554
	Intra-grupos	66,613	140	,476		
	Total	67,177	142			
Fact1ExpcPos	Inter-grupos	,087	2	,043	,208	,813
	Intra-grupos	29,196	140	,209		
	Total	29,282	142			
FAC2RepEmoc	Inter-grupos	,168	2	,084	,358	,700
	Intra-grupos	32,970	140	,235		
	Total	33,138	142			
FAC3AconfAcep	Inter-grupos	,947	2	,473	2,088	,128
	Intra-grupos	31,739	140	,227		
	Total	32,685	142			
FAC4DistHuida	Inter-grupos	,826	2	,413	1,186	,308
	Intra-grupos	48,720	140	,348		
	Total	49,545	142			

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Inter-grupos	3,278	2	1,639	4,507	,013
FAC5ConsecEnf	Intra-grupos	50,913	140	,364		
	Total	54,191	142			

Pruebas robustas de igualdad de las medias					
		Estadístico(a)	gl1	gl2	Sig.
factor6	Brown-Forsythe	,565	2	114,062	,570
Fact1ExpPos	Brown-Forsythe	,196	2	110,343	,822
FAC2RepEmoc	Brown-Forsythe	,354	2	129,375	,703
FAC3AconfAcep	Brown-Forsythe	2,105	2	134,992	,126
FAC4DistHuida	Brown-Forsythe	1,192	2	134,018	,307
FAC5ConsecEnf	Brown-Forsythe	4,501	2	128,974	,013
a Distribuidos en F asintóticamente.					

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples Bonferroni							
Variable dependiente	(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
factor6	1 mes	menos 3 meses	,11867	,14662	1,000	-,2366	,4740
		mas de 3 meses	,15648	,14721	,869	-,2002	,5132
	menos 3 meses	1 mes	-,11867	,14662	1,000	-,4740	,2366
		mas de 3 meses	,03781	,13464	1,000	-,2884	,3640
	mas de 3 meses	1 mes	-,15648	,14721	,869	-,5132	,2002
		menos 3 meses	-,03781	,13464	1,000	-,3640	,2884
Fact1ExpPos	1 mes	menos 3 meses	,01808	,09707	1,000	-,2171	,2533
		mas de 3 meses	-,03846	,09746	1,000	-,2746	,1977
	menos 3 meses	1 mes	-,01808	,09707	1,000	-,2533	,2171
		mas de 3 meses	-,05654	,08914	1,000	-,2725	,1594

Rocío Romero Retes

		meses					
	mas de 3 meses	1 mes	,03846	,09746	1,000	-,1977	,2746
		menos 3 meses	,05654	,08914	1,000	-,1594	,2725
FAC2RepEmoc	1 mes	menos 3 meses	-,08722	,10315	1,000	-,3372	,1627
		mas de 3 meses	-,04943	,10357	1,000	-,3004	,2015
	menos 3 meses	1 mes	,08722	,10315	1,000	-,1627	,3372
		mas de 3 meses	,03780	,09472	1,000	-,1917	,2673
	mas de 3 meses	1 mes	,04943	,10357	1,000	-,2015	,3004
		menos 3 meses	-,03780	,09472	1,000	-,2673	,1917
FAC3AconfAcep	1 mes	menos 3 meses	,11542	,10121	,768	-,1298	,3607
		mas de 3 meses	,20758	,10162	,129	-,0386	,4538
	menos 3 meses	1 mes	-,11542	,10121	,768	-,3607	,1298
		mas de 3 meses	,09216	,09294	,969	-,1330	,3174
	mas de 3 meses	1 mes	-,20758	,10162	,129	-,4538	,0386
		menos 3 meses	-,09216	,09294	,969	-,3174	,1330

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

FAC4DistHuida	1 mes	menos 3 meses	-,02018	,12539	1,000	-,3240	,2837
		mas de 3 meses	-,16884	,12590	,546	-,4739	,1362
	menos 3 meses	1 mes	,02018	,12539	1,000	-,2837	,3240
		mas de 3 meses	-,14867	,11514	,596	-,4277	,1303
	mas de 3 meses	1 mes	,16884	,12590	,546	-,1362	,4739
		menos 3 meses	,14867	,11514	,596	-,1303	,4277
FAC5ConsecEnf	1 mes	menos 3 meses	-,38481(*)	,12819	,010	-,6954	-,0742
		mas de 3 meses	-,21862	,12870	,275	-,5305	,0932
	menos 3 meses	1 mes	,38481(*)	,12819	,010	,0742	,6954
		mas de 3 meses	,16618	,11771	,481	-,1190	,4514
	mas de 3 meses	1 mes	,21862	,12870	,275	-,0932	,5305
		menos 3 meses	-,16618	,11771	,481	-,4514	,1190
* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.							

ANOVA de un factor

Notas		
Resultados creados		13-APR-2010 17:11:14
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Tratamiento de los valores perdidos	Definición de los valores perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos de cada análisis se basan en los casos sin datos perdidos para cualquier variable en el análisis.
Sintaxis	ONEWAY factor6 Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf BY diagnóstico /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY BROWNFORSYTHE /MISSING ANALYSIS /POSTHOC = BONFERRONI ALPHA(.05).	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,03
	Tiempo transcurrido	0:00:00,02

Descriptivos									
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior
factor6	mama	38	2,0579	,70811	,11487	1,8251	2,2906	1,00	4,00
	ginecol	17	1,8941	,89476	,21701	1,4341	2,3542	1,00	4,00
	sarcoma	39	1,8154	,65274	,10452	1,6038	2,0270	1,00	3,20
	pulmón	16	1,5750	,48374	,12093	1,3172	1,8328	1,00	2,60
	uro	17	1,6471	,65776	,15953	1,3089	1,9852	1,00	3,20
	digestiv	8	1,8750	,68400	,24183	1,3032	2,4468	1,20	3,20
	melanoma	8	1,9250	,56505	,19978	1,4526	2,3974	1,20	2,80
	Total	143	1,8517	,68781	,05752	1,7380	1,9654	1,00	4,00
Fact1ExpcPos	mama	38	3,5768	,29788	,04832	3,4788	3,6747	2,83	4,00
	ginecol	17	3,3284	,47092	,11421	3,0863	3,5706	2,50	4,00
	sarcoma	39	3,2970	,58919	,09435	3,1060	3,4880	1,33	3,92
	pulmón	16	3,1875	,42655	,10664	2,9602	3,4148	2,50	3,75
	uro	17	3,3873	,43794	,10622	3,1621	3,6124	2,58	4,00
	digestiv	8	3,4583	,30538	,10797	3,2030	3,7136	2,92	4,00
	melanoma	8	3,2917	,21362	,07553	3,1131	3,4703	3,00	3,67
	Total	143	3,3823	,45411	,03797	3,3072	3,4574	1,33	4,00

FAC2RepEmoc	mama	38	1,5965	,48029	,07791	1,4386	1,7544	1,08	3,08
	ginecol	17	1,7941	,70841	,17181	1,4299	2,1583	1,17	3,25
	sarcoma	39	1,6132	,37730	,06042	1,4909	1,7356	1,00	2,67
	pulmón	16	1,7813	,53824	,13456	1,4944	2,0681	1,17	3,33
	uro	17	1,5784	,43148	,10465	1,3566	1,8003	1,00	2,50
	digestiv	8	1,7708	,41007	,14498	1,4280	2,1137	1,17	2,33
	melanoma	8	1,8021	,46491	,16437	1,4134	2,1908	1,33	2,58
	Total	143	1,6643	,48308	,04040	1,5845	1,7442	1,00	3,33
FAC3AconfAcep	mama	38	3,1148	,46098	,07478	2,9633	3,2664	2,09	4,00
	ginecol	17	3,1070	,58053	,14080	2,8085	3,4054	1,45	4,00
	sarcoma	39	3,1422	,46997	,07526	2,9898	3,2945	1,73	3,91
	pulmón	16	3,0398	,43022	,10756	2,8105	3,2690	2,45	3,82
	uro	17	3,1979	,59979	,14547	2,8895	3,5062	2,09	4,00
	digestiv	8	3,2500	,35293	,12478	2,9549	3,5451	2,82	3,82
	melanoma	8	2,8182	,27915	,09869	2,5848	3,0516	2,45	3,36
	Total	143	3,1138	,47977	,04012	3,0345	3,1931	1,45	4,00
FAC4DistHuida	mama	38	2,4091	,59585	,09666	2,2132	2,6049	1,09	3,64
	ginecol	17	2,7059	,58080	,14086	2,4073	3,0045	1,55	3,36
	sarcoma	39	2,4289	,59830	,09580	2,2350	2,6228	1,36	3,73
	pulmón	16	2,4205	,47976	,11994	2,1648	2,6761	1,45	3,55
	uro	17	2,5241	,60004	,14553	2,2156	2,8326	1,64	3,55
	digestiv	8	2,8750	,70240	,24833	2,2878	3,4622	1,36	3,82
	melanoma	8	2,6932	,53217	,18815	2,2483	3,1381	1,91	3,45

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Total	143	2,5067	,59069	,04940	2,4090	2,6043	1,09	3,82
FAC5ConsecEnf	mama	38	2,0000	,53761	,08721	1,8233	2,1767	1,14	3,43
	ginecol	17	2,2941	,78971	,19153	1,8881	2,7002	1,14	3,57
	sarcoma	39	1,8571	,60520	,09691	1,6610	2,0533	1,00	3,71
	pulmón	16	2,2946	,49341	,12335	2,0317	2,5576	1,29	3,00
	uro	17	2,0588	,68894	,16709	1,7046	2,4130	1,00	3,00
	digestiv	8	1,8036	,38132	,13482	1,4848	2,1224	1,43	2,43
	melanoma	8	2,5000	,49487	,17496	2,0863	2,9137	2,00	3,29
	Total	143	2,0529	,61776	,05166	1,9508	2,1551	1,00	3,71

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
factor6	1,314	6	136	,255
Fact1ExpcPos	3,274	6	136	,005
FAC2RepEmoc	1,374	6	136	,229
FAC3AconfAcep	1,436	6	136	,205
FAC4DistHuida	,349	6	136	,909
FAC5ConsecEnf	1,860	6	136	,092

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
factor6	Inter-grupos	3,682	6	,614	1,314	,255
	Intra-grupos	63,495	136	,467		
	Total	67,177	142			
Fact1ExpcPos	Inter-grupos	2,489	6	,415	2,106	,056
	Intra-grupos	26,793	136	,197		
	Total	29,282	142			
FAC2RepEmoc	Inter-grupos	1,150	6	,192	,815	,560
	Intra-grupos	31,988	136	,235		
	Total	33,138	142			
FAC3AconfAcep	Inter-grupos	1,088	6	,181	,780	,587
	Intra-grupos	31,598	136	,232		
	Total	32,685	142			
FAC4DistHuida	Inter-grupos	2,760	6	,460	1,337	,245
	Intra-grupos	46,785	136	,344		
	Total	49,545	142			

Rocío Romero Retes

FAC5ConsecEnf	Inter-grupos	5,622	6	,937	2,624	,019
	Intra-grupos	48,569	136	,357		
	Total	54,191	142			

Pruebas robustas de igualdad de las medias					
		Estadístico(a)	gl1	gl2	Sig.
factor6	Brown-Forsythe	1,356	6	81,846	,242
Fact1ExpcPos	Brown-Forsythe	2,554	6	104,676	,024
FAC2RepEmoc	Brown-Forsythe	,767	6	77,717	,598
FAC3AconfAcep	Brown-Forsythe	,846	6	93,571	,538
FAC4DistHuida	Brown-Forsythe	1,331	6	72,324	,254
FAC5ConsecEnf	Brown-Forsythe	2,768	6	89,029	,016
a Distribuidos en F asintóticamente.					

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples							
Bonferroni							
Variable dependiente	(I) diagnóstico	(J) diagnóstico	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
factor6	mama	ginecol	,16378	,19937	1,000	-,4535	,7811
		sarcoma	,24251	,15575	1,000	-,2397	,7247
		pulmón	,48289	,20363	,402	-,1476	1,1134
		uro	,41084	,19937	,866	-,2065	1,0281
		digestiv	,18289	,26579	1,000	-,6401	1,0058
		melanoma	,13289	,26579	1,000	-,6901	,9558
	ginecol	mama	-,16378	,19937	1,000	-,7811	,4535
		sarcoma	,07873	,19858	1,000	-,5361	,6936
		pulmón	,31912	,23800	1,000	-,4178	1,0560
		uro	,24706	,23436	1,000	-,4786	,9727
		digestiv	,01912	,29296	1,000	-,8879	,9262
		melanoma	-,03088	,29296	1,000	-,9379	,8762
	sarcoma	mama	-,24251	,15575	1,000	-,7247	,2397
		ginecol	-,07873	,19858	1,000	-,6936	,5361
		pulmón	,24038	,20286	1,000	-,3877	,8685
		uro	,16833	,19858	1,000	-,4465	,7832
		digestiv	-,05962	,26520	1,000	-,8807	,7615

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

		melanoma	-,10962	,26520	1,000	-,9307	,7115
	pulmón	mama	-,48289	,20363	,402	-1,1134	,1476
		ginecol	-,31912	,23800	1,000	-1,0560	,4178
		sarcoma	-,24038	,20286	1,000	-,8685	,3877
		uro	-,07206	,23800	1,000	-,8089	,6648
		digestiv	-,30000	,29587	1,000	-1,2161	,6161
		melanoma	-,35000	,29587	1,000	-1,2661	,5661
	uro	mama	-,41084	,19937	,866	-1,0281	,2065
		ginecol	-,24706	,23436	1,000	-,9727	,4786
		sarcoma	-,16833	,19858	1,000	-,7832	,4465
		pulmón	,07206	,23800	1,000	-,6648	,8089
		digestiv	-,22794	,29296	1,000	-1,1350	,6791
		melanoma	-,27794	,29296	1,000	-1,1850	,6291
	digestiv	mama	-,18289	,26579	1,000	-1,0058	,6401
		ginecol	-,01912	,29296	1,000	-,9262	,8879
		sarcoma	,05962	,26520	1,000	-,7615	,8807
		pulmón	,30000	,29587	1,000	-,6161	1,2161
		uro	,22794	,29296	1,000	-,6791	1,1350
		melanoma	-,05000	,34164	1,000	-1,1078	1,0078
	melanoma	mama	-,13289	,26579	1,000	-,9558	,6901
		ginecol	,03088	,29296	1,000	-,8762	,9379
		sarcoma	,10962	,26520	1,000	-,7115	,9307
		pulmón	,35000	,29587	1,000	-,5661	1,2661

		uro	,27794	,29296	1,000	-,6291	1,1850
		digestiv	,05000	,34164	1,000	-1,0078	1,1078
Fact1ExpPos	mama	ginecol	,24832	,12951	1,000	-,1527	,6493
		sarcoma	,27975	,10117	,136	-,0335	,5930
		pulmón	,38925	,13228	,080	-,0203	,7988
		uro	,18950	,12951	1,000	-,2115	,5905
		digestiv	,11842	,17266	1,000	-,4162	,6530
		melanoma	,28509	,17266	1,000	-,2495	,8197
	ginecol	mama	-,24832	,12951	1,000	-,6493	,1527
		sarcoma	,03142	,12900	1,000	-,3680	,4308
		pulmón	,14093	,15460	1,000	-,3377	,6196
		uro	-,05882	,15224	1,000	-,5302	,4125
		digestiv	-,12990	,19030	1,000	-,7191	,4593
		melanoma	,03676	,19030	1,000	-,5524	,6260
	sarcoma	mama	-,27975	,10117	,136	-,5930	,0335
		ginecol	-,03142	,12900	1,000	-,4308	,3680
		pulmón	,10951	,13177	1,000	-,2985	,5175
		uro	-,09025	,12900	1,000	-,4896	,3092
		digestiv	-,16132	,17227	1,000	-,6947	,3721
		melanoma	,00534	,17227	1,000	-,5280	,5387
	pulmón	mama	-,38925	,13228	,080	-,7988	,0203
		ginecol	-,14093	,15460	1,000	-,6196	,3377
		sarcoma	-,10951	,13177	1,000	-,5175	,2985

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

		uro	-,19975	,15460	1,000	-,6784	,2789
		digestiv	-,27083	,19219	1,000	-,8659	,3242
		melanoma	-,10417	,19219	1,000	-,6992	,4909
	uro	mama	-,18950	,12951	1,000	-,5905	,2115
		ginecol	,05882	,15224	1,000	-,4125	,5302
		sarcoma	,09025	,12900	1,000	-,3092	,4896
		pulmón	,19975	,15460	1,000	-,2789	,6784
		digestiv	-,07108	,19030	1,000	-,6603	,5181
		melanoma	,09559	,19030	1,000	-,4936	,6848
	digestiv	mama	-,11842	,17266	1,000	-,6530	,4162
		ginecol	,12990	,19030	1,000	-,4593	,7191
		sarcoma	,16132	,17227	1,000	-,3721	,6947
		pulmón	,27083	,19219	1,000	-,3242	,8659
		uro	,07108	,19030	1,000	-,5181	,6603
		melanoma	,16667	,22193	1,000	-,5205	,8538
	melanoma	mama	-,28509	,17266	1,000	-,8197	,2495
		ginecol	-,03676	,19030	1,000	-,6260	,5524
		sarcoma	-,00534	,17227	1,000	-,5387	,5280
		pulmón	,10417	,19219	1,000	-,4909	,6992
		uro	-,09559	,19030	1,000	-,6848	,4936
		digestiv	-,16667	,22193	1,000	-,8538	,5205
FAC2RepEmoc	mama	ginecol	-,19763	,14151	1,000	-,6358	,2405
		sarcoma	-,01676	,11055	1,000	-,3590	,3255

		pulmón	-,18476	,14453	1,000	-,6323	,2627
		uro	,01806	,14151	1,000	-,4201	,4562
		digestiv	-,17434	,18866	1,000	-,7585	,4098
		melanoma	-,20559	,18866	1,000	-,7897	,3785
	ginecol	mama	,19763	,14151	1,000	-,2405	,6358
		sarcoma	,18087	,14095	1,000	-,2555	,6173
		pulmón	,01287	,16893	1,000	-,5102	,5359
		uro	,21569	,16635	1,000	-,2994	,7307
		digestiv	,02328	,20793	1,000	-,6205	,6671
		melanoma	-,00797	,20793	1,000	-,6518	,6358
	sarcoma	mama	,01676	,11055	1,000	-,3255	,3590
		ginecol	-,18087	,14095	1,000	-,6173	,2555
		pulmón	-,16800	,14398	1,000	-,6138	,2778
		uro	,03482	,14095	1,000	-,4016	,4712
		digestiv	-,15759	,18823	1,000	-,7404	,4252
		melanoma	-,18884	,18823	1,000	-,7716	,3940
	pulmón	mama	,18476	,14453	1,000	-,2627	,6323
		ginecol	-,01287	,16893	1,000	-,5359	,5102
		sarcoma	,16800	,14398	1,000	-,2778	,6138
		uro	,20282	,16893	1,000	-,3202	,7259
		digestiv	,01042	,21000	1,000	-,6398	,6606
		melanoma	-,02083	,21000	1,000	-,6710	,6294
	uro	mama	-,01806	,14151	1,000	-,4562	,4201

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

		ginecol	-,21569	,16635	1,000	-,7307	,2994
		sarcoma	-,03482	,14095	1,000	-,4712	,4016
		pulmón	-,20282	,16893	1,000	-,7259	,3202
		digestiv	-,19240	,20793	1,000	-,8362	,4514
		melanoma	-,22365	,20793	1,000	-,8675	,4202
	digestiv	mama	,17434	,18866	1,000	-,4098	,7585
		ginecol	-,02328	,20793	1,000	-,6671	,6205
		sarcoma	,15759	,18823	1,000	-,4252	,7404
		pulmón	-,01042	,21000	1,000	-,6606	,6398
		uro	,19240	,20793	1,000	-,4514	,8362
		melanoma	-,03125	,24249	1,000	-,7821	,7196
	melanoma	mama	,20559	,18866	1,000	-,3785	,7897
		ginecol	,00797	,20793	1,000	-,6358	,6518
		sarcoma	,18884	,18823	1,000	-,3940	,7716
		pulmón	,02083	,21000	1,000	-,6294	,6710
		uro	,22365	,20793	1,000	-,4202	,8675
		digestiv	,03125	,24249	1,000	-,7196	,7821
FAC3AconfAcep	mama	ginecol	,00788	,14064	1,000	-,4276	,4433
		sarcoma	-,02736	,10987	1,000	-,3675	,3128
		pulmón	,07506	,14365	1,000	-,3697	,5198
		uro	-,08303	,14064	1,000	-,5185	,3524
		digestiv	-,13517	,18750	1,000	-,7157	,4454
		melanoma	,29665	,18750	1,000	-,2839	,8772

	ginecol	mama	-,00788	,14064	1,000	-,4433	,4276
		sarcoma	-,03524	,14009	1,000	-,4690	,3985
		pulmón	,06718	,16789	1,000	-,4527	,5870
		uro	-,09091	,16533	1,000	-,6028	,4210
		digestiv	-,14305	,20666	1,000	-,7829	,4968
		melanoma	,28877	,20666	1,000	-,3511	,9286
	sarcoma	mama	,02736	,10987	1,000	-,3128	,3675
		ginecol	,03524	,14009	1,000	-,3985	,4690
		pulmón	,10242	,14310	1,000	-,3407	,5455
		uro	-,05567	,14009	1,000	-,4894	,3781
		digestiv	-,10781	,18708	1,000	-,6871	,4714
		melanoma	,32401	,18708	1,000	-,2552	,9033
	pulmón	mama	-,07506	,14365	1,000	-,5198	,3697
		ginecol	-,06718	,16789	1,000	-,5870	,4527
		sarcoma	-,10242	,14310	1,000	-,5455	,3407
		uro	-,15809	,16789	1,000	-,6779	,3617
		digestiv	-,21023	,20872	1,000	-,8565	,4360
		melanoma	,22159	,20872	1,000	-,4246	,8678
	uro	mama	,08303	,14064	1,000	-,3524	,5185
		ginecol	,09091	,16533	1,000	-,4210	,6028
		sarcoma	,05567	,14009	1,000	-,3781	,4894
		pulmón	,15809	,16789	1,000	-,3617	,6779
		digestiv	-,05214	,20666	1,000	-,6920	,5877

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

		melanoma	,37968	,20666	1,000	-,2602	1,0195
	digestiv	mama	,13517	,18750	1,000	-,4454	,7157
		ginecol	,14305	,20666	1,000	-,4968	,7829
		sarcoma	,10781	,18708	1,000	-,4714	,6871
		pulmón	,21023	,20872	1,000	-,4360	,8565
		uro	,05214	,20666	1,000	-,5877	,6920
		melanoma	,43182	,24101	1,000	-,3144	1,1780
	melanoma	mama	-,29665	,18750	1,000	-,8772	,2839
		ginecol	-,28877	,20666	1,000	-,9286	,3511
		sarcoma	-,32401	,18708	1,000	-,9033	,2552
		pulmón	-,22159	,20872	1,000	-,8678	,4246
		uro	-,37968	,20666	1,000	-1,0195	,2602
		digestiv	-,43182	,24101	1,000	-1,1780	,3144
FAC4DistHuida	mama	ginecol	-,29679	,17114	1,000	-,8267	,2331
		sarcoma	-,01981	,13369	1,000	-,4338	,3941
		pulmón	-,01136	,17480	1,000	-,5526	,5298
		uro	-,11497	,17114	1,000	-,6449	,4149
		digestiv	-,46591	,22815	,905	-1,1723	,2405
		melanoma	-,28409	,22815	1,000	-,9905	,4223
	ginecol	mama	,29679	,17114	1,000	-,2331	,8267
		sarcoma	,27698	,17046	1,000	-,2508	,8048
		pulmón	,28543	,20429	1,000	-,3471	,9180
		uro	,18182	,20118	1,000	-,4411	,8047

		digestiv	-,16912	,25147	1,000	-,9477	,6095
		melanoma	,01270	,25147	1,000	-,7659	,7913
	sarcoma	mama	,01981	,13369	1,000	-,3941	,4338
		ginecol	-,27698	,17046	1,000	-,8048	,2508
		pulmón	,00845	,17413	1,000	-,5307	,5476
		uro	-,09516	,17046	1,000	-,6229	,4326
		digestiv	-,44610	,22764	1,000	-1,1509	,2587
		melanoma	-,26428	,22764	1,000	-,9691	,4406
	pulmón	mama	,01136	,17480	1,000	-,5298	,5526
		ginecol	-,28543	,20429	1,000	-,9180	,3471
		sarcoma	-,00845	,17413	1,000	-,5476	,5307
		uro	-,10361	,20429	1,000	-,7361	,5289
		digestiv	-,45455	,25397	1,000	-1,2409	,3318
		melanoma	-,27273	,25397	1,000	-1,0591	,5136
	uro	mama	,11497	,17114	1,000	-,4149	,6449
		ginecol	-,18182	,20118	1,000	-,8047	,4411
		sarcoma	,09516	,17046	1,000	-,4326	,6229
		pulmón	,10361	,20429	1,000	-,5289	,7361
		digestiv	-,35094	,25147	1,000	-1,1295	,4277
		melanoma	-,16912	,25147	1,000	-,9477	,6095
	digestiv	mama	,46591	,22815	,905	-,2405	1,1723
		ginecol	,16912	,25147	1,000	-,6095	,9477
		sarcoma	,44610	,22764	1,000	-,2587	1,1509

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

		pulmón	,45455	,25397	1,000	-,3318	1,2409
		uro	,35094	,25147	1,000	-,4277	1,1295
		melanoma	,18182	,29326	1,000	-,7262	1,0898
	melanoma	mama	,28409	,22815	1,000	-,4223	,9905
		ginecol	-,01270	,25147	1,000	-,7913	,7659
		sarcoma	,26428	,22764	1,000	-,4406	,9691
		pulmón	,27273	,25397	1,000	-,5136	1,0591
		uro	,16912	,25147	1,000	-,6095	,9477
		digestiv	-,18182	,29326	1,000	-1,0898	,7262
FAC5ConsecEnf	mama	ginecol	-,29412	,17437	1,000	-,8340	,2458
		sarcoma	,14286	,13622	1,000	-,2789	,5646
		pulmón	-,29464	,17810	1,000	-,8461	,2568
		uro	-,05882	,17437	1,000	-,5987	,4811
		digestiv	,19643	,23246	1,000	-,5233	,9162
		melanoma	-,50000	,23246	,698	-1,2197	,2197
	ginecol	mama	,29412	,17437	1,000	-,2458	,8340
		sarcoma	,43697	,17368	,274	-,1008	,9747
		pulmón	-,00053	,20815	1,000	-,6450	,6440
		uro	,23529	,20497	1,000	-,3993	,8699
		digestiv	,49055	,25622	1,000	-,3028	1,2838
		melanoma	-,20588	,25622	1,000	-,9992	,5874
	sarcoma	mama	-,14286	,13622	1,000	-,5646	,2789
		ginecol	-,43697	,17368	,274	-,9747	,1008

		pulmón	- ,43750	,17742	,313	-,9868	,1118
		uro	-,20168	,17368	1,000	-,7394	,3361
		digestiv	,05357	,23194	1,000	-,6646	,7717
		melanoma	-,64286	,23194	,134	-1,3610	,0753
	pulmón	mama	,29464	,17810	1,000	-,2568	,8461
		ginecol	,00053	,20815	1,000	-,6440	,6450
		sarcoma	,43750	,17742	,313	-,1118	,9868
		uro	,23582	,20815	1,000	-,4087	,8803
		digestiv	,49107	,25877	1,000	-,3101	1,2923
		melanoma	-,20536	,25877	1,000	-1,0066	,5958
	uro	mama	,05882	,17437	1,000	-,4811	,5987
		ginecol	-,23529	,20497	1,000	-,8699	,3993
		sarcoma	,20168	,17368	1,000	-,3361	,7394
		pulmón	-,23582	,20815	1,000	-,8803	,4087
		digestiv	,25525	,25622	1,000	-,5381	1,0486
		melanoma	-,44118	,25622	1,000	-1,2345	,3521
	digestiv	mama	-,19643	,23246	1,000	-,9162	,5233
		ginecol	-,49055	,25622	1,000	-1,2838	,3028
		sarcoma	-,05357	,23194	1,000	-,7717	,6646
		pulmón	-,49107	,25877	1,000	-1,2923	,3101
		uro	-,25525	,25622	1,000	-1,0486	,5381
		melanoma	-,69643	,29880	,446	-1,6216	,2287
	melanoma	mama	,50000	,23246	,698	-,2197	1,2197

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

		ginecol	,20588	,25622	1,000	-,5874	,9992
		sarcoma	,64286	,23194	,134	-,0753	1,3610
		pulmón	,20536	,25877	1,000	-,5958	1,0066
		uro	,44118	,25622	1,000	-,3521	1,2345
		digestiv	,69643	,29880	,446	-,2287	1,6216

ANOVA de un factor

Notas		
Resultados creados		13-APR-2010 17:12:08
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Tratamiento de los valores perdidos	Definición de los valores perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos de cada análisis se basan en los casos sin datos perdidos para cualquier variable en el análisis.
Sintaxis	ONEWAY factor6 Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf BY ADC /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY BROWNFORSYTHE /MISSING ANALYSIS /POSTHOC = BONFERRONI ALPHA(.05).	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00

Advertencia
No se han realizado las pruebas post hoc para factor6 porque hay menos de tres grupos.
No se han realizado las pruebas post hoc para Fact1ExpcPos porque hay menos de tres grupos.
No se han realizado las pruebas post hoc para FAC2RepEmoc porque hay menos de tres grupos.
No se han realizado las pruebas post hoc para FAC3AconfAcep porque hay menos de tres grupos.
No se han realizado las pruebas post hoc para FAC4DistHuida porque hay menos de tres grupos.
No se han realizado las pruebas post hoc para FAC5ConsecEnf porque hay menos de tres grupos.

Descriptivos									
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior
factor6	1,00	82	1,8488	,66188	,07309	1,7033	1,9942	1,00	4,00
	2,00	60	1,8500	,73149	,09444	1,6610	2,0390	1,00	4,00
	Total	142	1,8493	,68961	,05787	1,7349	1,9637	1,00	4,00
Fact1ExpcPos	1,00	82	3,3791	,50242	,05548	3,2687	3,4895	1,33	4,00
	2,00	60	3,3917	,38489	,04969	3,2922	3,4911	2,42	4,00
	Total	142	3,3844	,45501	,03818	3,3089	3,4599	1,33	4,00
FAC2RepEmoc	1,00	82	1,5610	,42654	,04710	1,4673	1,6547	1,00	3,33
	2,00	60	1,8014	,52617	,06793	1,6655	1,9373	1,17	3,25
	Total	142	1,6626	,48432	,04064	1,5822	1,7429	1,00	3,33
FAC3AconfAcep	1,00	82	3,1153	,50969	,05629	3,0033	3,2273	1,45	4,00
	2,00	60	3,1182	,44135	,05698	3,0042	3,2322	2,36	4,00
	Total	142	3,1165	,48036	,04031	3,0368	3,1962	1,45	4,00
FAC4DistHuida	1,00	82	2,3581	,54888	,06061	2,2375	2,4787	1,09	3,55
	2,00	60	2,7076	,59509	,07683	2,5538	2,8613	1,36	3,82
	Total	142	2,5058	,59268	,04974	2,4074	2,6041	1,09	3,82
FAC5ConsecEnf	1,00	82	1,9460	,60885	,06724	1,8122	2,0798	1,00	3,71
	2,00	60	2,2000	,60962	,07870	2,0425	2,3575	1,14	3,57
	Total	142	2,0533	,61993	,05202	1,9505	2,1562	1,00	3,71

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
factor6	2,829	1	140	,095
Fact1ExpcPos	1,862	1	140	,175
FAC2RepEmoc	3,977	1	140	,048
FAC3AconfAcep	,069	1	140	,793
FAC4DistHuida	,376	1	140	,540
FAC5ConsecEnf	,230	1	140	,632

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
factor6	Inter-grupos	,000	1	,000	,000	,992
	Intra-grupos	67,055	140	,479		
	Total	67,055	141			
Fact1ExpcPos	Inter-grupos	,006	1	,006	,026	,871
	Intra-grupos	29,187	140	,208		
	Total	29,192	141			
FAC2RepEmoc	Inter-grupos	2,003	1	2,003	9,023	,003
	Intra-grupos	31,071	140	,222		
	Total	33,074	141			
FAC3AconfAcep	Inter-grupos	,000	1	,000	,001	,972
	Intra-grupos	32,535	140	,232		
	Total	32,535	141			
FAC4DistHuida	Inter-grupos	4,232	1	4,232	13,080	,000
	Intra-grupos	45,297	140	,324		
	Total	49,528	141			

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Inter-grupos	2,235	1	2,235	6,024	,015
FAC5ConsecEnf	Intra-grupos	51,953	140	,371		
	Total	54,188	141			

Pruebas robustas de igualdad de las medias					
		Estadístico(a)	gl1	gl2	Sig.
factor6	Brown-Forsythe	,000	1	119,599	,992
Fact1ExpPos	Brown-Forsythe	,029	1	139,680	,866
FAC2RepEmoc	Brown-Forsythe	8,459	1	110,732	,004
FAC3AconfAcep	Brown-Forsythe	,001	1	136,000	,971
FAC4DistHuida	Brown-Forsythe	12,754	1	121,126	,001
FAC5ConsecEnf	Brown-Forsythe	6,022	1	127,198	,015
a Distribuidos en F asintóticamente.					

ANOVA de un factor

Notas		
Resultados creados		13-APR-2010 17:12:41
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Tratamiento de los valores perdidos	Definición de los valores perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos de cada análisis se basan en los casos sin datos perdidos para cualquier variable en el análisis.
Sintaxis	ONEWAY factor6 Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf BY estadio /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY BROWNFORSYTHE /MISSING ANALYSIS /POSTHOC = BONFERRONI ALPHA(.05).	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo	0:00:00,00

	transcurrido	
--	---------------------	--

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

Descriptivos									
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior
factor6	n - meta -	46	1,8870	,75148	,11080	1,6638	2,1101	1,00	4,00
	n +	56	1,9643	,67270	,08989	1,7841	2,1444	1,00	3,40
	meta +	41	1,6585	,60373	,09429	1,4680	1,8491	1,00	3,00
	Total	143	1,8517	,68781	,05752	1,7380	1,9654	1,00	4,00
Fact1ExpcPos	n - meta -	46	3,4511	,46699	,06885	3,3124	3,5898	1,92	4,00
	n +	56	3,5580	,28556	,03816	3,4816	3,6345	2,92	4,00
	meta +	41	3,0650	,47196	,07371	2,9161	3,2140	1,33	3,83
	Total	143	3,3823	,45411	,03797	3,3072	3,4574	1,33	4,00
FAC2RepEmoc	n - meta -	46	1,6739	,48681	,07178	1,5293	1,8185	1,08	3,08
	n +	56	1,5848	,45212	,06042	1,4637	1,7059	1,00	3,25
	meta +	41	1,7622	,51186	,07994	1,6006	1,9238	1,00	3,33
	Total	143	1,6643	,48308	,04040	1,5845	1,7442	1,00	3,33
FAC3AconfAcep	n - meta -	46	3,1818	,45797	,06752	3,0458	3,3178	1,73	4,00

	n +	56	3,1688	,44584	,05958	3,0494	3,2882	2,18	4,00
	meta +	41	2,9623	,52420	,08187	2,7968	3,1278	1,45	4,00
	Total	143	3,1138	,47977	,04012	3,0345	3,1931	1,45	4,00
FAC4DistHuida	n - meta -	46	2,4071	,52337	,07717	2,2517	2,5625	1,45	3,64
	n +	56	2,4821	,65324	,08729	2,3072	2,6571	1,09	3,82
	meta +	41	2,6519	,55667	,08694	2,4762	2,8276	1,36	3,73
	Total	143	2,5067	,59069	,04940	2,4090	2,6043	1,09	3,82
FAC5ConsecEnf	n - meta -	46	1,9224	,63511	,09364	1,7338	2,1110	1,00	3,71
	n +	56	1,9898	,61873	,08268	1,8241	2,1555	1,00	3,57
	meta +	41	2,2857	,54210	,08466	2,1146	2,4568	1,29	3,14
	Total	143	2,0529	,61776	,05166	1,9508	2,1551	1,00	3,71

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
factor6	,739	2	140	,479
Fact1ExpcPos	3,783	2	140	,025
FAC2RepEmoc	,406	2	140	,667
FAC3AconfAcep	,169	2	140	,845
FAC4DistHuida	1,953	2	140	,146

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

FAC5ConsecEnf	,352	2	140	,704
----------------------	------	---	-----	------

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
factor6	Inter-grupos	2,297	2	1,148	2,478	,088
	Intra-grupos	64,880	140	,463		
	Total	67,177	142			
Fact1ExpcPos	Inter-grupos	6,074	2	3,037	18,320	,000
	Intra-grupos	23,208	140	,166		
	Total	29,282	142			
FAC2RepEmoc	Inter-grupos	,751	2	,375	1,623	,201
	Intra-grupos	32,387	140	,231		
	Total	33,138	142			
FAC3AconfAcep	Inter-grupos	1,323	2	,662	2,954	,055
	Intra-grupos	31,362	140	,224		
	Total	32,685	142			
FAC4DistHuida	Inter-grupos	1,354	2	,677	1,967	,144
	Intra-grupos	48,191	140	,344		
	Total	49,545	142			

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Inter-grupos	3,229	2	1,615	4,436	,014
FAC5ConsecEnf	Intra-grupos	50,962	140	,364		
	Total	54,191	142			

Pruebas robustas de igualdad de las medias					
		Estadístico(a)	gl1	gl2	Sig.
factor6	Brown-Forsythe	2,501	2	133,262	,086
Fact1ExpPos	Brown-Forsythe	17,041	2	109,314	,000
FAC2RepEmoc	Brown-Forsythe	1,591	2	128,882	,208
FAC3AconfAcep	Brown-Forsythe	2,882	2	125,808	,060
FAC4DistHuida	Brown-Forsythe	2,032	2	138,194	,135
FAC5ConsecEnf	Brown-Forsythe	4,509	2	136,819	,013
a Distribuidos en F asintóticamente.					

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples Bonferroni								
Variable dependiente	(I) estadio	(J) estadio	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
			Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	
factor6	n - meta -	n +	-,07733	,13546	1,000	-,4056	,2509	
		meta +	,22842	,14621	,361	-,1259	,5827	
	n +	n - meta -	,07733	,13546	1,000	-,2509	,4056	
		meta +	,30575	,13992	,092	-,0333	,6448	
	meta +	n - meta -	-,22842	,14621	,361	-,5827	,1259	
		n +	-,30575	,13992	,092	-,6448	,0333	
	Fact1ExpPos	n - meta -	n +	-,10695	,08102	,567	-,3033	,0894
			meta +	,38605(*)	,08745	,000	,1742	,5979
n +		n - meta -	,10695	,08102	,567	-,0894	,3033	
		meta +	,49300(*)	,08369	,000	,2902	,6958	
meta +		n - meta -	-,38605(*)	,08745	,000	-,5979	-,1742	
		n +	-,49300(*)	,08369	,000	-,6958	-,2902	
FAC2RepEmoc		n - meta -	n +	,08909	,09571	1,000	-,1428	,3210
			meta +	-,08828	,10330	1,000	-,3386	,1620
	n +	n -	-,08909	,09571	1,000	-,3210	,1428	

		meta -						
		meta +	-,17737	,09886	,225	-,4169	,0622	
	meta +	n - meta -	,08828	,10330	1,000	-,1620	,3386	
		n +	,17737	,09886	,225	-,0622	,4169	
FAC3AconfAcep	n - meta -	n +	,01299	,09418	1,000	-,2152	,2412	
		meta +	,21951	,10165	,098	-,0268	,4658	
	n +	n - meta -	-,01299	,09418	1,000	-,2412	,2152	
		meta +	,20653	,09728	,107	-,0292	,4423	
	meta +	n - meta -	-,21951	,10165	,098	-,4658	,0268	
		n +	-,20653	,09728	,107	-,4423	,0292	
	FAC4DistHuida	n - meta -	n +	-,07503	,11675	1,000	-,3579	,2079
			meta +	-,24477	,12601	,162	-,5501	,0606
n +		n - meta -	,07503	,11675	1,000	-,2079	,3579	
		meta +	-,16974	,12059	,484	-,4619	,1225	
meta +		n - meta -	,24477	,12601	,162	-,0606	,5501	
		n +	,16974	,12059	,484	-,1225	,4619	
FAC5ConsecEnf		n - meta -	n +	-,06744	,12006	1,000	-,3583	,2235
			meta +	-,36335(*)	,12958	,017	-,6773	-,0494
	n +	n - meta -	,06744	,12006	1,000	-,2235	,3583	
		meta +	-,29592	,12401	,055	-,5964	,0046	
	meta +	n -	,36335(*)	,12958	,017	,0494	,6773	

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

		meta -					
		n +	,29592	,12401	,055	-,0046	,5964
* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.							

ANOVA de un factor

Notas		
Resultados creados		13-APR-2010 17:13:05
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Tratamiento de los valores perdidos	Definición de los valores perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos de cada análisis se basan en los casos sin datos perdidos para cualquier variable en el análisis.
Sintaxis	ONEWAY factor6 Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf BY tratamiento /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY BROWNFORSYTHE /MISSING ANALYSIS /POSTHOC = BONFERRONI ALPHA(.05).	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,02
	Tiempo transcurrido	0:00:00,02

Descriptivos									
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior
factor6	nada	3	2,3333	,41633	,24037	1,2991	3,3676	2,00	2,80
	cirugia	51	1,9608	,74406	,10419	1,7515	2,1701	1,00	4,00
	quimio	54	1,7148	,66116	,08997	1,5344	1,8953	1,00	3,20
	ciru qt	20	1,7400	,60905	,13619	1,4550	2,0250	1,00	2,80
	cir qt rt	15	2,0267	,64969	,16775	1,6669	2,3865	1,00	3,20
	Total	143	1,8517	,68781	,05752	1,7380	1,9654	1,00	4,00
Fact1ExpcPos	nada	3	3,7778	,31549	,18215	2,9940	4,5615	3,42	4,00
	cirugia	51	3,4330	,43621	,06108	3,3103	3,5557	1,92	4,00
	quimio	54	3,3194	,49094	,06681	3,1854	3,4534	1,33	4,00
	ciru qt	20	3,2833	,47094	,10531	3,0629	3,5037	2,42	4,00
	cir qt rt	15	3,4889	,31633	,08168	3,3137	3,6641	2,83	4,00
	Total	143	3,3823	,45411	,03797	3,3072	3,4574	1,33	4,00
FAC2RepEmoc	nada	3	1,4167	,25000	,14434	,7956	2,0377	1,17	1,67
	cirugia	51	1,5964	,44076	,06172	1,4724	1,7204	1,00	3,33
	quimio	54	1,6481	,44264	,06024	1,5273	1,7690	1,00	3,25

Rocío Romero Retes

	ciru qt	20	1,6917	,41367	,09250	1,4981	1,8853	1,17	2,58
	cir qt rt	15	1,9667	,74854	,19327	1,5521	2,3812	1,17	3,17
	Total	143	1,6643	,48308	,04040	1,5845	1,7442	1,00	3,33
FAC3AconfAcep	nada	3	3,7273	,32778	,18924	2,9130	4,5415	3,36	4,00
	cirugia	51	3,1462	,45092	,06314	3,0193	3,2730	1,73	4,00
	quimio	54	3,0909	,51061	,06948	2,9515	3,2303	1,45	4,00
	ciru qt	20	3,0455	,47053	,10521	2,8252	3,2657	2,18	3,82
	cir qt rt	15	3,0545	,45688	,11797	2,8015	3,3076	2,27	3,64
	Total	143	3,1138	,47977	,04012	3,0345	3,1931	1,45	4,00
FAC4DistHuida	nada	3	2,6061	,44844	,25891	1,4921	3,7201	2,09	2,91
	cirugia	51	2,4349	,60009	,08403	2,2662	2,6037	1,09	3,82
	quimio	54	2,5471	,59219	,08059	2,3855	2,7088	1,36	3,64
	ciru qt	20	2,5545	,70966	,15868	2,2224	2,8867	1,09	3,73
	cir qt rt	15	2,5212	,42705	,11026	2,2847	2,7577	1,82	3,36
	Total	143	2,5067	,59069	,04940	2,4090	2,6043	1,09	3,82
FAC5ConsecEnf	nada	3	1,9524	,70470	,40686	,2018	3,7029	1,14	2,43
	cirugia	51	1,8515	,60607	,08487	1,6811	2,0220	1,00	3,71
	quimio	54	2,1085	,60859	,08282	1,9424	2,2746	1,00	3,29
	ciru qt	20	2,2857	,55425	,12393	2,0263	2,5451	1,43	3,43
	cir qt rt	15	2,2476	,62379	,16106	1,9022	2,5931	1,43	3,57
	Total	143	2,0529	,61776	,05166	1,9508	2,1551	1,00	3,71

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
factor6	,409	4	138	,802
Fact1ExpcPos	1,433	4	138	,226
FAC2RepEmoc	3,752	4	138	,006
FAC3AconfAcep	,302	4	138	,877
FAC4DistHuida	1,073	4	138	,372
FAC5ConsecEnf	,182	4	138	,948

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
factor6	Inter-grupos	3,023	4	,756	1,626	,171
	Intra-grupos	64,154	138	,465		
	Total	67,177	142			
Fact1ExpcPos	Inter-grupos	1,180	4	,295	1,449	,221
	Intra-grupos	28,102	138	,204		
	Total	29,282	142			
FAC2RepEmoc	Inter-grupos	1,820	4	,455	2,004	,097
	Intra-grupos	31,319	138	,227		
	Total	33,138	142			
FAC3AconfAcep	Inter-grupos	1,357	4	,339	1,494	,207
	Intra-grupos	31,329	138	,227		
	Total	32,685	142			
FAC4DistHuida	Inter-grupos	,430	4	,107	,302	,876
	Intra-grupos	49,116	138	,356		
	Total	49,545	142			

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Inter-grupos	3,918	4	,979	2,688	,034
FAC5ConsecEnf	Intra-grupos	50,273	138	,364		
	Total	54,191	142			

Pruebas robustas de igualdad de las medias					
		Estadístico(a)	gl1	gl2	Sig.
factor6	Brown-Forsythe	2,023	4	65,941	,101
Fact1ExpcPos	Brown-Forsythe	1,815	4	53,107	,140
FAC2RepEmoc	Brown-Forsythe	1,902	4	42,441	,128
FAC3AconfAcep	Brown-Forsythe	1,750	4	55,830	,152
FAC4DistHuida	Brown-Forsythe	,345	4	46,649	,846
FAC5ConsecEnf	Brown-Forsythe	2,502	4	18,477	,078
a Distribuidos en F asintóticamente.					

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples							
Bonferroni							
Variable dependiente	(I) tratamiento	(J) tratamiento	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
factor6	nada	cirugia	,37255	,40506	1,000	-,7830	1,5281
		quimio	,61852	,40444	1,000	-,5353	1,7723
		ciru qt	,59333	,42214	1,000	-,6110	1,7977
		cir qt rt	,30667	,43122	1,000	-,9236	1,5369
	cirugia	nada	-,37255	,40506	1,000	-1,5281	,7830
		quimio	,24597	,13313	,668	-,1338	,6258
		ciru qt	,22078	,17989	1,000	-,2924	,7340
		cir qt rt	-,06588	,20027	1,000	-,6372	,5055
	quimio	nada	-,61852	,40444	1,000	-1,7723	,5353
		cirugia	-,24597	,13313	,668	-,6258	,1338
		ciru qt	-,02519	,17847	1,000	-,5343	,4840
		cir qt rt	-,31185	,19900	1,000	-,8796	,2559
	ciru qt	nada	-,59333	,42214	1,000	-1,7977	,6110
		cirugia	-,22078	,17989	1,000	-,7340	,2924
		quimio	,02519	,17847	1,000	-,4840	,5343

Rocío Romero Retes

		cir qt rt	-,28667	,23289	1,000	-,9511	,3777
	cir qt rt	nada	-,30667	,43122	1,000	-1,5369	,9236
		cirugia	,06588	,20027	1,000	-,5055	,6372
		quimio	,31185	,19900	1,000	-,2559	,8796
		ciru qt	,28667	,23289	1,000	-,3777	,9511
Fact1ExpcPos	nada	cirugia	,34477	,26809	1,000	-,4201	1,1096
		quimio	,45833	,26768	,891	-,3053	1,2220
		ciru qt	,49444	,27940	,790	-,3026	1,2915
		cir qt rt	,28889	,28541	1,000	-,5253	1,1031
	cirugia	nada	-,34477	,26809	1,000	-1,1096	,4201
		quimio	,11356	,08811	1,000	-,1378	,3649
		ciru qt	,14967	,11906	1,000	-,1900	,4893
		cir qt rt	-,05588	,13255	1,000	-,4340	,3223
	quimio	nada	-,45833	,26768	,891	-1,2220	,3053
		cirugia	-,11356	,08811	1,000	-,3649	,1378
		ciru qt	,03611	,11812	1,000	-,3009	,3731
		cir qt rt	-,16944	,13171	1,000	-,5452	,2063
	ciru qt	nada	-,49444	,27940	,790	-1,2915	,3026
		cirugia	-,14967	,11906	1,000	-,4893	,1900
		quimio	-,03611	,11812	1,000	-,3731	,3009
		cir qt rt	-,20556	,15414	1,000	-,6453	,2342
	cir qt rt	nada	-,28889	,28541	1,000	-1,1031	,5253
		cirugia	,05588	,13255	1,000	-,3223	,4340

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

		quimio	,16944	,13171	1,000	-,2063	,5452
		ciru qt	,20556	,15414	1,000	-,2342	,6453
FAC2RepEmoc	nada	cirugia	-,17974	,28302	1,000	-,9871	,6277
		quimio	-,23148	,28258	1,000	-1,0376	,5747
		ciru qt	-,27500	,29495	1,000	-1,1165	,5665
		cir qt rt	-,55000	,30129	,701	-1,4096	,3096
	cirugia	nada	,17974	,28302	1,000	-,6277	,9871
		quimio	-,05174	,09302	1,000	-,3171	,2136
		ciru qt	-,09526	,12569	1,000	-,4538	,2633
		cir qt rt	-,37026	,13993	,091	-,7695	,0289
	quimio	nada	,23148	,28258	1,000	-,5747	1,0376
		cirugia	,05174	,09302	1,000	-,2136	,3171
		ciru qt	-,04352	,12470	1,000	-,3993	,3122
		cir qt rt	-,31852	,13904	,235	-,7152	,0781
	ciru qt	nada	,27500	,29495	1,000	-,5665	1,1165
		cirugia	,09526	,12569	1,000	-,2633	,4538
		quimio	,04352	,12470	1,000	-,3122	,3993
		cir qt rt	-,27500	,16272	,933	-,7392	,1892
	cir qt rt	nada	,55000	,30129	,701	-,3096	1,4096
		cirugia	,37026	,13993	,091	-,0289	,7695
		quimio	,31852	,13904	,235	-,0781	,7152
		ciru qt	,27500	,16272	,933	-,1892	,7392
FAC3AconfAcep	nada	cirugia	,58111	,28306	,420	-,2264	1,3886

Rocío Romero Retes

		quimio	,63636	,28263	,259	-,1699	1,4427
		ciru qt	,68182	,29500	,223	-,1598	1,5234
		cir qt rt	,67273	,30134	,272	-,1870	1,5324
	cirugia	nada	-,58111	,28306	,420	-1,3886	,2264
		quimio	,05526	,09303	1,000	-,2102	,3207
		ciru qt	,10071	,12571	1,000	-,2579	,4593
		cir qt rt	,09162	,13995	1,000	-,3076	,4909
	quimio	nada	-,63636	,28263	,259	-1,4427	,1699
		cirugia	-,05526	,09303	1,000	-,3207	,2102
		ciru qt	,04545	,12472	1,000	-,3104	,4013
		cir qt rt	,03636	,13906	1,000	-,3604	,4331
	ciru qt	nada	-,68182	,29500	,223	-1,5234	,1598
		cirugia	-,10071	,12571	1,000	-,4593	,2579
		quimio	-,04545	,12472	1,000	-,4013	,3104
		cir qt rt	-,00909	,16274	1,000	-,4734	,4552
	cir qt rt	nada	-,67273	,30134	,272	-1,5324	,1870
		cirugia	-,09162	,13995	1,000	-,4909	,3076
		quimio	-,03636	,13906	1,000	-,4331	,3604
		ciru qt	,00909	,16274	1,000	-,4552	,4734
FAC4DistHuida	nada	cirugia	,17112	,35442	1,000	-,8400	1,1822
		quimio	,05892	,35388	1,000	-,9506	1,0685
		ciru qt	,05152	,36937	1,000	-1,0022	1,1053
		cir qt rt	,08485	,37731	1,000	-,9916	1,1613

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	cirugia	nada	-,17112	,35442	1,000	-1,1822	,8400
		quimio	-,11220	,11649	1,000	-,4445	,2201
		ciru qt	-,11961	,15740	1,000	-,5686	,3294
		cir qt rt	-,08627	,17523	1,000	-,5862	,4136
	quimio	nada	-,05892	,35388	1,000	-1,0685	,9506
		cirugia	,11220	,11649	1,000	-,2201	,4445
		ciru qt	-,00741	,15616	1,000	-,4529	,4381
		cir qt rt	,02593	,17412	1,000	-,4708	,5227
	ciru qt	nada	-,05152	,36937	1,000	-1,1053	1,0022
		cirugia	,11961	,15740	1,000	-,3294	,5686
		quimio	,00741	,15616	1,000	-,4381	,4529
		cir qt rt	,03333	,20377	1,000	-,5480	,6147
	cir qt rt	nada	-,08485	,37731	1,000	-1,1613	,9916
		cirugia	,08627	,17523	1,000	-,4136	,5862
		quimio	-,02593	,17412	1,000	-,5227	,4708
		ciru qt	-,03333	,20377	1,000	-,6147	,5480
FAC5ConsecEnf	nada	cirugia	,10084	,35858	1,000	-,9221	1,1238
		quimio	-,15608	,35802	1,000	-1,1775	,8653
		ciru qt	-,33333	,37370	1,000	-1,3994	,7328
		cir qt rt	-,29524	,38173	1,000	-1,3843	,7938
	cirugia	nada	-,10084	,35858	1,000	-1,1238	,9221
		quimio	-,25692	,11785	,310	-,5931	,0793
		ciru qt	-,43417	,15924	,072	-,8885	,0201

Rocío Romero Retes

		cir qt rt	-,39608	,17728	,271	-,9018	,1097
quimio		nada	,15608	,35802	1,000	-,8653	1,1775
		cirugia	,25692	,11785	,310	-,0793	,5931
		ciru qt	-,17725	,15799	1,000	-,6280	,2735
		cir qt rt	-,13915	,17616	1,000	-,6417	,3634
ciru qt		nada	,33333	,37370	1,000	-,7328	1,3994
		cirugia	,43417	,15924	,072	-,0201	,8885
		quimio	,17725	,15799	1,000	-,2735	,6280
		cir qt rt	,03810	,20616	1,000	-,5500	,6262
cir qt rt		nada	,29524	,38173	1,000	-,7938	1,3843
		cirugia	,39608	,17728	,271	-,1097	,9018
		quimio	,13915	,17616	1,000	-,3634	,6417
		ciru qt	-,03810	,20616	1,000	-,6262	,5500

ANOVA de un factor

Notas		
Resultados creados		13-APR-2010 17:13:52
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Tratamiento de los valores perdidos	Definición de los valores perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos de cada análisis se basan en los casos sin datos perdidos para cualquier variable en el análisis.
Sintaxis	ONEWAY factor6 Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf BY histfamil /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY BROWNFORSYTHE /MISSING ANALYSIS /POSTHOC = BONFERRONI ALPHA(.05).	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,05

	Tiempo transcurrido	0:00:00,03
--	--------------------------------	------------

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

Descriptivos									
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior
factor6	primer grado = cancer	9	1,7556	,58119	,19373	1,3088	2,2023	1,20	2,80
	primer grado dif cancer	37	1,8757	,80602	,13251	1,6069	2,1444	1,00	4,00
	otro grado = cancer	9	1,7556	,49777	,16592	1,3729	2,1382	1,20	2,80
	otro grado dif cancer	15	1,7600	,58162	,15017	1,4379	2,0821	1,20	2,80
	No Hª Fª	73	1,8822	,68705	,08041	1,7219	2,0425	1,00	3,40
	Total	143	1,8517	,68781	,05752	1,7380	1,9654	1,00	4,00
Fact1ExpPos	primer grado = cancer	9	3,5463	,23976	,07992	3,3620	3,7306	3,08	3,83
	primer grado dif cancer	37	3,3266	,51870	,08527	3,1536	3,4995	1,33	4,00
	otro grado	9	3,6296	,34888	,11629	3,3615	3,8978	2,83	4,00

	= cancer								
	otro grado dif cancer	15	3,4111	,41841	,10803	3,1794	3,6428	2,75	4,00
	No H ^a F ^a	73	3,3539	,45236	,05294	3,2483	3,4594	1,92	4,00
	Total	143	3,3823	,45411	,03797	3,3072	3,4574	1,33	4,00
FAC2RepEmoc	primer grado = cancer	9	1,5463	,38889	,12963	1,2474	1,8452	1,25	2,25
	primer grado dif cancer	37	1,6441	,47857	,07868	1,4846	1,8037	1,17	3,33
	otro grado = cancer	9	1,7222	,65749	,21916	1,2168	2,2276	1,08	3,00
	otro grado dif cancer	15	1,6944	,37356	,09645	1,4876	1,9013	1,17	2,67
	No H ^a F ^a	73	1,6758	,50107	,05865	1,5589	1,7927	1,00	3,25
	Total	143	1,6643	,48308	,04040	1,5845	1,7442	1,00	3,33
FAC3AconfAcep	primer grado = cancer	9	2,9495	,34351	,11450	2,6855	3,2135	2,45	3,55
	primer grado dif cancer	37	3,0983	,47256	,07769	2,9407	3,2558	2,09	4,00

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	otro grado = cancer	9	3,0606	,45681	,15227	2,7095	3,4117	2,45	3,82
	otro grado dif cancer	15	3,2364	,47462	,12255	2,9735	3,4992	2,45	3,91
	No Hª Fª	73	3,1233	,50511	,05912	3,0054	3,2411	1,45	4,00
	Total	143	3,1138	,47977	,04012	3,0345	3,1931	1,45	4,00
FAC4DistHuida	primer grado = cancer	9	2,5455	,47673	,15891	2,1790	2,9119	2,09	3,36
	primer grado dif cancer	37	2,5946	,59828	,09836	2,3951	2,7941	1,36	3,82
	otro grado = cancer	9	2,3434	,48485	,16162	1,9707	2,7161	1,55	2,91
	otro grado dif cancer	15	2,5818	,68704	,17739	2,2014	2,9623	1,55	3,64
	No Hª Fª	73	2,4620	,59608	,06977	2,3229	2,6011	1,09	3,73
	Total	143	2,5067	,59069	,04940	2,4090	2,6043	1,09	3,82
FAC5ConsecEnf	primer grado = cancer	9	1,9206	,76968	,25656	1,3290	2,5123	1,14	3,14
	primer grado dif	37	2,1081	,63210	,10392	1,8974	2,3189	1,29	3,71

	cancer								
	otro grado = cancer	9	1,9048	,57143	,19048	1,4655	2,3440	1,14	2,71
	otro grado dif cancer	15	2,1619	,66101	,17067	1,7959	2,5280	1,14	3,29
	No Hª Fª	73	2,0372	,59715	,06989	1,8979	2,1765	1,00	3,57
	Total	143	2,0529	,61776	,05166	1,9508	2,1551	1,00	3,71

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
factor6	1,392	4	138	,240
Fact1ExpcPos	1,258	4	138	,290
FAC2RepEmoc	1,021	4	138	,399
FAC3AconfAcep	,464	4	138	,762
FAC4DistHuida	,607	4	138	,658
FAC5ConsecEnf	,448	4	138	,774

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
factor6	Inter-grupos	,382	4	,095	,197	,940
	Intra-grupos	66,795	138	,484		
	Total	67,177	142			
Fact1ExpcPos	Inter-grupos	,979	4	,245	1,193	,317
	Intra-grupos	28,303	138	,205		
	Total	29,282	142			
FAC2RepEmoc	Inter-grupos	,194	4	,048	,203	,936
	Intra-grupos	32,944	138	,239		
	Total	33,138	142			
FAC3AconfAcep	Inter-grupos	,509	4	,127	,546	,702
	Intra-grupos	32,176	138	,233		
	Total	32,685	142			
FAC4DistHuida	Inter-grupos	,770	4	,192	,544	,703
	Intra-grupos	48,776	138	,353		
	Total	49,545	142			

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Inter- grupos	,664	4	,166	,428	,788
FAC5ConsecEnf	Intra- grupos	53,527	138	,388		
	Total	54,191	142			

Pruebas robustas de igualdad de las medias					
		Estadístico(a)	gl1	gl2	Sig.
factor6	Brown-Forsythe	,244	4	74,150	,912
Fact1ExpcPos	Brown-Forsythe	1,568	4	78,135	,191
FAC2RepEmoc	Brown-Forsythe	,201	4	36,984	,936
FAC3AconfAcep	Brown-Forsythe	,638	4	62,522	,637
FAC4DistHuida	Brown-Forsythe	,594	4	62,434	,668
FAC5ConsecEnf	Brown-Forsythe	,385	4	46,377	,818
a Distribuidos en F asintóticamente.					

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples Bonferroni							
Variable dependiente	(I) histfamil	(J) histfamil	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
factor6	primer grado = cancer	primer grado dif cancer	-,12012	,25858	1,000	-,8578	,6176
		otro grado = cancer	,00000	,32796	1,000	-,9356	,9356
		otro grado dif cancer	-,00444	,29334	1,000	-,8413	,8324
		No H ^a F ^a	-,12664	,24579	1,000	-,8278	,5746
	primer grado dif cancer	primer grado = cancer	,12012	,25858	1,000	-,6176	,8578
		otro grado = cancer	,12012	,25858	1,000	-,6176	,8578
		otro grado dif cancer	,11568	,21296	1,000	-,4919	,7232
		No H ^a F ^a	-,00652	,14040	1,000	-,4071	,3940
	otro grado =	primer grado =	,00000	,32796	1,000	-,9356	,9356

	cancer	cancer						
		primer grado dif cancer	-,12012	,25858	1,000	-,8578	,6176	
		otro grado dif cancer	-,00444	,29334	1,000	-,8413	,8324	
		No Hª Fª	-,12664	,24579	1,000	-,8278	,5746	
	otro grado dif cancer	primer grado = cancer	,00444	,29334	1,000	-,8324	,8413	
		primer grado dif cancer	-,11568	,21296	1,000	-,7232	,4919	
		otro grado = cancer	,00444	,29334	1,000	-,8324	,8413	
		No Hª Fª	-,12219	,19723	1,000	-,6849	,4405	
	No Hª Fª	primer grado = cancer	,12664	,24579	1,000	-,5746	,8278	
		primer grado dif cancer	,00652	,14040	1,000	-,3940	,4071	
		otro grado = cancer	,12664	,24579	1,000	-,5746	,8278	
		otro grado dif cancer	,12219	,19723	1,000	-,4405	,6849	
	Fact1ExpcPos	primer grado =	primer grado	,21972	,16832	1,000	-,2605	,6999

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	cancer	dif cancer					
		otro grado = cancer	-,08333	,21349	1,000	-,6924	,5257
		otro grado dif cancer	,13519	,19095	1,000	-,4096	,6799
		No H ^a F ^a	,19242	,15999	1,000	-,2640	,6489
	primer grado dif cancer	primer grado = cancer	-,21972	,16832	1,000	-,6999	,2605
		otro grado = cancer	-,30305	,16832	,740	-,7832	,1771
		otro grado dif cancer	-,08453	,13862	1,000	-,4800	,3109
		No H ^a F ^a	-,02730	,09139	1,000	-,2880	,2334
	otro grado = cancer	primer grado = cancer	,08333	,21349	1,000	-,5257	,6924
		primer grado dif cancer	,30305	,16832	,740	-,1771	,7832
		otro grado dif cancer	,21852	,19095	1,000	-,3262	,7633
		No H ^a F ^a	,27575	,15999	,870	-,1807	,7322
otro grado	primer grado =	-,13519	,19095	1,000	-,6799	,4096	

	dif cancer	cancer						
		primer grado dif cancer	,08453	,13862	1,000	-,3109	,4800	
		otro grado = cancer	-,21852	,19095	1,000	-,7633	,3262	
		No Hª Fª	,05723	,12839	1,000	-,3090	,4235	
	No Hª Fª	primer grado = cancer	-,19242	,15999	1,000	-,6489	,2640	
		primer grado dif cancer	,02730	,09139	1,000	-,2334	,2880	
		otro grado = cancer	-,27575	,15999	,870	-,7322	,1807	
		otro grado dif cancer	-,05723	,12839	1,000	-,4235	,3090	
	FAC2RepEmoc	primer grado = cancer	primer grado dif cancer	-,09785	,18160	1,000	-,6159	,4202
			otro grado = cancer	-,17593	,23033	1,000	-,8330	,4812
otro grado dif cancer			-,14815	,20601	1,000	-,7359	,4396	
No Hª Fª			-,12950	,17261	1,000	-,6219	,3629	
primer grado		primer grado =	,09785	,18160	1,000	-,4202	,6159	

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	dif cancer	cancer					
		otro grado = cancer	-,07808	,18160	1,000	-,5961	,4400
		otro grado dif cancer	-,05030	,14956	1,000	-,4770	,3764
		No Hª Fª	-,03165	,09860	1,000	-,3130	,2496
	otro grado = cancer	primer grado = cancer	,17593	,23033	1,000	-,4812	,8330
		primer grado dif cancer	,07808	,18160	1,000	-,4400	,5961
		otro grado dif cancer	,02778	,20601	1,000	-,5599	,6155
		No Hª Fª	,04642	,17261	1,000	-,4460	,5389
	otro grado dif cancer	primer grado = cancer	,14815	,20601	1,000	-,4396	,7359
		primer grado dif cancer	,05030	,14956	1,000	-,3764	,4770
		otro grado = cancer	-,02778	,20601	1,000	-,6155	,5599
		No Hª Fª	,01865	,13851	1,000	-,3765	,4138
No Hª Fª	primer grado = cancer	,12950	,17261	1,000	-,3629	,6219	

		primer grado dif cancer	,03165	,09860	1,000	-,2496	,3130
		otro grado = cancer	-,04642	,17261	1,000	-,5389	,4460
		otro grado dif cancer	-,01865	,13851	1,000	-,4138	,3765
FAC3AconfAcep	primer grado = cancer	primer grado dif cancer	-,14879	,17947	1,000	-,6608	,3632
		otro grado = cancer	-,11111	,22763	1,000	-,7605	,5383
		otro grado dif cancer	-,28687	,20359	1,000	-,8677	,2940
		No H^a F^a	-,17379	,17059	1,000	-,6605	,3129
	primer grado dif cancer	primer grado = cancer	,14879	,17947	1,000	-,3632	,6608
		otro grado = cancer	,03767	,17947	1,000	-,4743	,5497
		otro grado dif cancer	-,13808	,14780	1,000	-,5597	,2836
		No H^a F^a	-,02501	,09745	1,000	-,3030	,2530
	otro grado = cancer	primer grado = cancer	,11111	,22763	1,000	-,5383	,7605

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

		primer grado dif cancer	-,03767	,17947	1,000	-,5497	,4743
		otro grado dif cancer	-,17576	,20359	1,000	-,7566	,4051
		No Hª Fª	-,06268	,17059	1,000	-,5494	,4240
	otro grado dif cancer	primer grado = cancer	,28687	,20359	1,000	-,2940	,8677
		primer grado dif cancer	,13808	,14780	1,000	-,2836	,5597
		otro grado = cancer	,17576	,20359	1,000	-,4051	,7566
		No Hª Fª	,11308	,13689	1,000	-,2774	,5036
	No Hª Fª	primer grado = cancer	,17379	,17059	1,000	-,3129	,6605
		primer grado dif cancer	,02501	,09745	1,000	-,2530	,3030
		otro grado = cancer	,06268	,17059	1,000	-,4240	,5494
		otro grado dif cancer	-,11308	,13689	1,000	-,5036	,2774
FAC4DistHuida	primer grado =	primer grado dif	-,04914	,22096	1,000	-,6795	,5812

cancer	cancer					
	otro grado = cancer	,20202	,28026	1,000	-,5975	1,0016
	otro grado dif cancer	-,03636	,25067	1,000	-,7515	,6788
	No Hª Fª	,08344	,21003	1,000	-,5158	,6826
primer grado dif cancer	primer grado = cancer	,04914	,22096	1,000	-,5812	,6795
	otro grado = cancer	,25116	,22096	1,000	-,3792	,8815
	otro grado dif cancer	,01278	,18198	1,000	-,5064	,5319
	No Hª Fª	,13258	,11998	1,000	-,2097	,4749
otro grado = cancer	primer grado = cancer	-,20202	,28026	1,000	-1,0016	,5975
	primer grado dif cancer	-,25116	,22096	1,000	-,8815	,3792
	otro grado dif cancer	-,23838	,25067	1,000	-,9535	,4767
	No Hª Fª	-,11858	,21003	1,000	-,7178	,4806
otro grado dif	primer grado = cancer	,03636	,25067	1,000	-,6788	,7515

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	cancer	primer grado dif cancer	-,01278	,18198	1,000	-,5319	,5064
		otro grado = cancer	,23838	,25067	1,000	-,4767	,9535
		No Hª Fª	,11980	,16854	1,000	-,3610	,6006
	No Hª Fª	primer grado = cancer	-,08344	,21003	1,000	-,6826	,5158
		primer grado dif cancer	-,13258	,11998	1,000	-,4749	,2097
		otro grado = cancer	,11858	,21003	1,000	-,4806	,7178
		otro grado dif cancer	-,11980	,16854	1,000	-,6006	,3610
	FAC5ConsecEnf	primer grado = cancer	primer grado dif cancer	-,18747	,23147	1,000	-,8478
otro grado = cancer			,01587	,29359	1,000	-,8217	,8534
otro grado dif cancer			-,24127	,26259	1,000	-,9904	,5079
No Hª Fª			-,11655	,22002	1,000	-,7442	,5112
primer grado		primer grado =	,18747	,23147	1,000	-,4729	,8478

dif cancer	cancer					
	otro grado = cancer	,20335	,23147	1,000	-,4570	,8637
	otro grado dif cancer	-,05380	,19063	1,000	-,5977	,4901
	No Hª Fª	,07093	,12568	1,000	-,2876	,4295
otro grado = cancer	primer grado = cancer	-,01587	,29359	1,000	-,8534	,8217
	primer grado dif cancer	-,20335	,23147	1,000	-,8637	,4570
	otro grado dif cancer	-,25714	,26259	1,000	-1,0063	,4920
	No Hª Fª	-,13242	,22002	1,000	-,7601	,4953
otro grado dif cancer	primer grado = cancer	,24127	,26259	1,000	-,5079	,9904
	primer grado dif cancer	,05380	,19063	1,000	-,4901	,5977
	otro grado = cancer	,25714	,26259	1,000	-,4920	1,0063
	No Hª Fª	,12472	,17656	1,000	-,3790	,6284
No Hª Fª	primer grado = cancer	,11655	,22002	1,000	-,5112	,7442

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

		primer grado dif cancer	-,07093	,12568	1,000	-,4295	,2876
		otro grado = cancer	,13242	,22002	1,000	-,4953	,7601
		otro grado dif cancer	-,12472	,17656	1,000	-,6284	,3790

Correlaciones

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 09:09:49
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de valores perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada par de variables se basan en todos los casos que tengan datos válidos para dicho par.
Sintaxis		CORRELATIONS /VARIABLES=edad estudios Tiempo estadio Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE .
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,06

Correlaciones

		edad	estudios	Tiempo	estadio	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	facto
d	Correlación de Pearson	1	-,187(*)	-,113	,032	-,307(**)	-,112	-,028	,164	-,169(*)	-,17
	Sig. (bilateral)		,029	,180	,701	,000	,184	,743	,050	,043	,
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143	
udios	Correlación de Pearson	-,187(*)	1	-,091	-,070	-,063	-,033	,004	-,318(**)	,018	,
	Sig. (bilateral)	,029		,293	,418	,468	,702	,962	,000	,838	,
	N	136	136	136	136	136	136	136	136	136	
mpo	Correlación de Pearson	-,113	-,091	1	,154	,037	,034	-,170(*)	,118	,119	-,
	Sig. (bilateral)	,180	,293		,067	,659	,683	,043	,161	,156	,
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143	
adio	Correlación de Pearson	,032	-,070	,154	1	-,321(**)	,067	-,175(*)	,161	,227(**)	-,
	Sig. (bilateral)	,701	,418	,067		,000	,429	,036	,055	,006	,
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143	
1ExpcPos	Correlación de Pearson	-,307(**)	-,063	,037	-,321(**)	1	-,215(**)	,326(**)	-,117	-,216(**)	,219
	Sig. (bilateral)	,000	,468	,659	,000		,010	,000	,164	,010	,

	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143	143
2RepEmoc	Correlación de Pearson	-,112	-,033	,034	,067	-,215(**)	1	-,187(*)	,298(**)	,288(**)	,
	Sig. (bilateral)	,184	,702	,683	,429	,010		,025	,000	,000	,
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143	143
3AconfAcep	Correlación de Pearson	-,028	,004	,170(*)	-,175(*)	,326(**)	-,187(*)	1	-,038	-,192(*)	,
	Sig. (bilateral)	,743	,962	,043	,036	,000	,025		,651	,021	,
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143	143
4DistHuida	Correlación de Pearson	,164	,318(**)	,118	,161	-,117	,298(**)	-,038	1	,273(**)	,
	Sig. (bilateral)	,050	,000	,161	,055	,164	,000	,651		,001	,
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143	143
5ConsecEnf	Correlación de Pearson	-,169(*)	,018	,119	,227(**)	-,216(**)	,288(**)	-,192(*)	,273(**)	1	,
	Sig. (bilateral)	,043	,838	,156	,006	,010	,000	,021	,001		,
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143	143
or6	Correlación de Pearson	-,178(*)	,040	-,087	-,125	,219(**)	,039	,081	,156	,113	,
	Sig. (bilateral)	,033	,641	,301	,137	,009	,642	,339	,062	,180	,
	N	143	136	143	143	143	143	143	143	143	143

correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 09:10:47
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY vive(1 2) /STATISTICS= DESCRIPTIVES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,02
	Tiempo transcurrido	0:00:00,03

	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00
vive	143	2,0629	,50653	1,00	3,00

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	vive	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	solo	14	55,93	783,00
	pareja	106	61,10	6477,00
	Total	120		
FAC2RepEmoc	solo	14	63,43	888,00
	pareja	106	60,11	6372,00
	Total	120		
FAC3AconfAcep	solo	14	58,96	825,50
	pareja	106	60,70	6434,50
	Total	120		
FAC4DistHuida	solo	14	54,14	758,00
	pareja	106	61,34	6502,00
	Total	120		
FAC5ConsecEnf	solo	14	59,46	832,50
	pareja	106	60,64	6427,50
	Total	120		
factor6	solo	14	61,82	865,50
	pareja	106	60,33	6394,50
	Total	120		

Estadísticos de contraste(a)						
	Fact1ExpPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	678,000	701,000	720,500	653,000	727,500	723,500
W de Wilcoxon	783,000	6372,000	825,500	758,000	832,500	6394,500
Z	-,525	-,336	-,176	-,729	-,119	-,152
Sig. asintót. (bilateral)	,600	,737	,860	,466	,905	,879
a Variable de agrupación: vive						

Frecuencias

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 09:12:46
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos se basan en todos los casos con datos válidos.
Sintaxis		FRECUENCIAS VARIABLES=diagnóstico /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN /ORDER= ANALYSIS .
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00

Estadísticos diagnóstico		
N	Válidos	143
	Perdidos	0
Media		3,0909
Desv. típ.		1,78377
Mínimo		1,00
Máximo		7,00

diagnóstico					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mama	38	26,6	26,6	26,6
	ginecol	17	11,9	11,9	38,5
	sarcoma	39	27,3	27,3	65,7
	pulmón	16	11,2	11,2	76,9
	uro	17	11,9	11,9	88,8
	digestiv	8	5,6	5,6	94,4
	melanoma	8	5,6	5,6	100,0
	Total	143	100,0	100,0	

Prueba T MAMA VS SARCOMA

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 09:14:42
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	
Tratamiento de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos de cada análisis se basan en los casos que no tienen datos perdidos ni quedan fuera de rango en cualquiera de las variables del análisis.
Sintaxis		T-TEST GROUPS = diagnóstico(1 3) /MISSING = ANALYSIS /VARIABLES = Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 /CRITERIA = CI(.95) .
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,02
	Tiempo	0:00:00,02

	transcurrido	
--	---------------------	--

Estadísticos de grupo					
	diagnóstico	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Fact1ExpcPos	mama	38	3,5768	,29788	,04832
	sarcoma	39	3,2970	,58919	,09435
FAC2RepEmoc	mama	38	1,5965	,48029	,07791
	sarcoma	39	1,6132	,37730	,06042
FAC3AconfAcep	mama	38	3,1148	,46098	,07478
	sarcoma	39	3,1422	,46997	,07526
FAC4DistHuida	mama	38	2,4091	,59585	,09666
	sarcoma	39	2,4289	,59830	,09580
FAC5ConsecEnf	mama	38	2,0000	,53761	,08721
	sarcoma	39	1,8571	,60520	,09691
factor6	mama	38	2,0579	,70811	,11487
	sarcoma	39	1,8154	,65274	,10452

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Fact1ExpcPos	Se han asumido varianzas iguales	9,011	,004	2,619	75	,011	,27975	,10683	,06693	,49256
	No se han asumido varianzas iguales			2,639	56,555	,011	,27975	,10600	,06745	,49205
FAC2RepEmoc	Se han asumido varianzas iguales	,817	,369	-,170	75	,865	-,01676	,09829	-,21255	,17904
	No se han asumido varianzas iguales			-,170	70,171	,866	-,01676	,09859	-,21339	,17987
FAC3AconfAcep	Se han asumido varianzas iguales	,057	,812	-,258	75	,797	-,02736	,10612	-,23876	,18404
	No se han asumido varianzas iguales			-,258	74,996	,797	-,02736	,10609	-,23871	,18399
FAC4DistHuida	Se han	,052	,820	-,146	75	,885	-,01981	,13610	-,29094	,25131

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	asumido varianzas iguales									
	No se han asumido varianzas iguales			-146	74,963	,885	-,01981	,13609	-,29093	,25130
FAC5ConsecEnf	Se han asumido varianzas iguales	,161	,689	1,094	75	,277	,14286	,13058	-,11727	,40298
	No se han asumido varianzas iguales			1,096	74,374	,277	,14286	,13037	-,11690	,40261
factor6	Se han asumido varianzas iguales	,301	,585	1,563	75	,122	,24251	,15514	-,06655	,55157
	No se han asumido varianzas iguales			1,561	74,144	,123	,24251	,15531	-,06694	,55196

Pruebas no paramétricas mama vs gine

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 09:16:53
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(1 2) /STATISTICS= DESCRIPTIVES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,02

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Tiempo transcurrido	0:00:00,02
	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00

Prueba de Mann-Whitney mama gine

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	mama	38	30,70	1166,50
	ginecol	17	21,97	373,50
	Total	55		
FAC2RepEmoc	mama	38	27,04	1027,50
	ginecol	17	30,15	512,50
	Total	55		
FAC3AconfAcep	mama	38	27,57	1047,50
	ginecol	17	28,97	492,50
	Total	55		
FAC4DistHuida	mama	38	25,08	953,00
	ginecol	17	34,53	587,00
	Total	55		
FAC5ConsecEnf	mama	38	26,00	988,00
	ginecol	17	32,47	552,00
	Total	55		
factor6	mama	38	29,46	1119,50
	ginecol	17	24,74	420,50
	Total	55		

Estadísticos de contraste(a)						
	Fact1ExpPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	220,500	286,500	306,500	212,000	247,000	267,500
W de Wilcoxon	373,500	1027,500	1047,500	953,000	988,000	420,500
Z	-1,876	-,668	-,301	-2,027	-1,389	-1,016
Sig. asintót. (bilateral)	,061	,504	,763	,043	,165	,310
a Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 09:18:47
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(1 4) /STATISTICS= DESCRIPTIVES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo	0:00:00,00

	transcurrido	
	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00

Prueba de Mann-Whitney mama pulmon

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpPos	mama	38	31,82	1209,00
	pulmón	16	17,25	276,00
	Total	54		
FAC2RepEmoc	mama	38	25,61	973,00
	pulmón	16	32,00	512,00
	Total	54		
FAC3AconfAcep	mama	38	28,38	1078,50
	pulmón	16	25,41	406,50
	Total	54		
FAC4DistHuida	mama	38	27,36	1039,50
	pulmón	16	27,84	445,50
	Total	54		
FAC5ConsecEnf	mama	38	24,67	937,50
	pulmón	16	34,22	547,50
	Total	54		
factor6	mama	38	30,96	1176,50
	pulmón	16	19,28	308,50
	Total	54		

Estadísticos de contraste(a)						
	Fact1ExpPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	140,000	232,000	270,500	298,500	196,500	172,500
W de Wilcoxon	276,000	973,000	406,500	1039,500	937,500	308,500
Z	-3,122	-1,369	-,637	-,104	-2,044	-2,509
Sig. asintót. (bilateral)	,002	,171	,524	,917	,041	,012
a Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 09:19:26
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(1 5) /STATISTICS= DESCRIPTIVES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00
	Número de casos	65578

	permitidos(a)	
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00

Prueba de Mann-Whitney mama uro

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	mama	38	30,07	1142,50
	uro	17	23,38	397,50
	Total	55		
FAC2RepEmoc	mama	38	27,64	1050,50
	uro	17	28,79	489,50
	Total	55		
FAC3AconfAcep	mama	38	26,79	1018,00
	uro	17	30,71	522,00
	Total	55		
FAC4DistHuida	mama	38	27,17	1032,50
	uro	17	29,85	507,50
	Total	55		
FAC5ConsecEnf	mama	38	27,63	1050,00
	uro	17	28,82	490,00
	Total	55		
factor6	mama	38	31,21	1186,00
	uro	17	20,82	354,00
	Total	55		

Estadísticos de contraste(a)						
	Fact1ExpPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	244,500	309,500	277,000	291,500	309,000	201,000
W de Wilcoxon	397,500	1050,500	1018,000	1032,500	1050,000	354,000
Z	-1,437	-,247	-,840	-,575	-,256	-2,234
Sig. asintót. (bilateral)	,151	,805	,401	,565	,798	,026
a Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 09:24:16
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(1 6) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUARTILES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00

	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	mama	38	24,72	939,50
	digestiv	8	17,69	141,50
	Total	46		
FAC2RepEmoc	mama	38	22,21	844,00
	digestiv	8	29,63	237,00
	Total	46		
FAC3AconfAcep	mama	38	22,84	868,00
	digestiv	8	26,63	213,00
	Total	46		
FAC4DistHuida	mama	38	21,49	816,50
	digestiv	8	33,06	264,50
	Total	46		
FAC5ConsecEnf	mama	38	24,33	924,50
	digestiv	8	19,56	156,50
	Total	46		
factor6	mama	38	24,09	915,50
	digestiv	8	20,69	165,50
	Total	46		

Estadísticos de contraste(b)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	105,500	103,000	127,000	75,500	120,500	129,500
W de Wilcoxon	141,500	844,000	868,000	816,500	156,500	165,500
Z	-1,355	-1,426	-,727	-2,222	-,920	-,656
Sig. asintót. (bilateral)	,175	,154	,467	,026	,358	,512
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,181(a)	,163(a)	,485(a)	,025(a)	,368(a)	,522(a)
a No corregidos para los empates.						
b Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 09:25:10
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(1 7) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUANTILES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00
	Número de casos	65578

	permitidos(a)	
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	mama	38	25,78	979,50
	melanoma	8	12,69	101,50
	Total	46		
FAC2RepEmoc	mama	38	22,08	839,00
	melanoma	8	30,25	242,00
	Total	46		
FAC3AconfAcep	mama	38	25,24	959,00
	melanoma	8	15,25	122,00
	Total	46		
FAC4DistHuida	mama	38	22,36	849,50
	melanoma	8	28,94	231,50
	Total	46		
FAC5ConsecEnf	mama	38	21,41	813,50
	melanoma	8	33,44	267,50
	Total	46		
factor6	mama	38	23,91	908,50
	melanoma	8	21,56	172,50
	Total	46		

Estadísticos de contraste(b)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	65,500	98,000	86,000	108,500	72,500	136,500
W de Wilcoxon	101,500	839,000	122,000	849,500	813,500	172,500
Z	-2,520	-1,573	-1,919	-1,264	-2,322	-,452
Sig. asintót. (bilateral)	,012	,116	,055	,206	,020	,651
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,010(a)	,123(a)	,057(a)	,212(a)	,019(a)	,659(a)
a No corregidos para los empates.						
b Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 10:07:35
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(2 3) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUARTILES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00

	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	ginecol	17	28,15	478,50
	sarcoma	39	28,65	1117,50
	Total	56		
FAC2RepEmoc	ginecol	17	28,94	492,00
	sarcoma	39	28,31	1104,00
	Total	56		
FAC3AconfAcep	ginecol	17	28,44	483,50
	sarcoma	39	28,53	1112,50
	Total	56		
FAC4DistHuida	ginecol	17	34,74	590,50
	sarcoma	39	25,78	1005,50
	Total	56		
FAC5ConsecEnf	ginecol	17	34,76	591,00
	sarcoma	39	25,77	1005,00
	Total	56		
factor6	ginecol	17	28,12	478,00
	sarcoma	39	28,67	1118,00
	Total	56		

Estadísticos de contraste(a)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	325,500	324,000	330,500	225,500	225,000	325,000
W de Wilcoxon	478,500	1104,000	483,500	1005,500	1005,000	478,000
Z	-,107	-,134	-,018	-1,892	-1,906	-,117
Sig. asintót. (bilateral)	,915	,893	,986	,058	,057	,907
a Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 10:08:01
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(2 4) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUARTILES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00
	Número de casos	65578

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	permitidos(a)	
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	ginecol	17	18,32	311,50
	pulmón	16	15,59	249,50
	Total	33		
FAC2RepEmoc	ginecol	17	16,06	273,00
	pulmón	16	18,00	288,00
	Total	33		
FAC3AconfAcep	ginecol	17	18,38	312,50
	pulmón	16	15,53	248,50
	Total	33		
FAC4DistHuida	ginecol	17	20,35	346,00
	pulmón	16	13,44	215,00
	Total	33		
FAC5ConsecEnf	ginecol	17	16,88	287,00
	pulmón	16	17,13	274,00
	Total	33		
factor6	ginecol	17	18,12	308,00
	pulmón	16	15,81	253,00
	Total	33		

Estadísticos de contraste(b)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	113,500	120,000	112,500	79,000	134,000	117,000
W de Wilcoxon	249,500	273,000	248,500	215,000	287,000	253,000
Z	-,814	-,580	-,849	-2,057	-,072	-,691
Sig. asintót. (bilateral)	,416	,562	,396	,040	,942	,490
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,423(a)	,581(a)	,402(a)	,041(a)	,958(a)	,510(a)
a No corregidos para los empates.						
b Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 10:08:26
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\roci\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis	NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(2 5) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUARTILES /MISSING ANALYSIS.	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00

	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	ginecol	17	17,00	289,00
	uro	17	18,00	306,00
	Total	34		
FAC2RepEmoc	ginecol	17	18,29	311,00
	uro	17	16,71	284,00
	Total	34		
FAC3AconfAcep	ginecol	17	16,47	280,00
	uro	17	18,53	315,00
	Total	34		
FAC4DistHuida	ginecol	17	19,12	325,00
	uro	17	15,88	270,00
	Total	34		
FAC5ConsecEnf	ginecol	17	18,71	318,00
	uro	17	16,29	277,00
	Total	34		
factor6	ginecol	17	18,53	315,00
	uro	17	16,47	280,00
	Total	34		

Estadísticos de contraste(b)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	136,000	131,000	127,000	117,000	124,000	127,000
W de Wilcoxon	289,000	284,000	280,000	270,000	277,000	280,000
Z	-,294	-,466	-,604	-,949	-,708	-,609
Sig. asintót. (bilateral)	,769	,641	,546	,343	,479	,543
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,786(a)	,658(a)	,563(a)	,357(a)	,496(a)	,563(a)
a No corregidos para los empates.						
b Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 10:08:39
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(2 6) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUARTILES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	ginecol	17	12,68	215,50
	digestiv	8	13,69	109,50
	Total	25		
FAC2RepEmoc	ginecol	17	12,38	210,50
	digestiv	8	14,31	114,50
	Total	25		
FAC3AconfAcep	ginecol	17	12,68	215,50
	digestiv	8	13,69	109,50
	Total	25		
FAC4DistHuida	ginecol	17	12,38	210,50
	digestiv	8	14,31	114,50
	Total	25		
FAC5ConsecEnf	ginecol	17	14,44	245,50
	digestiv	8	9,94	79,50
	Total	25		
factor6	ginecol	17	12,62	214,50
	digestiv	8	13,81	110,50
	Total	25		

Estadísticos de contraste(b)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	62,500	57,500	62,500	57,500	43,500	61,500
W de Wilcoxon	215,500	210,500	215,500	210,500	79,500	214,500
Z	-,322	-,614	-,322	-,614	-1,433	-,383
Sig. asintót. (bilateral)	,747	,539	,748	,539	,152	,702
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,754(a)	,549(a)	,754(a)	,549(a)	,157(a)	,711(a)
a No corregidos para los empates.						
b Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 10:08:52
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(2 7) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUARTILES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,02
	Tiempo transcurrido	0:00:00,02

	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	ginecol	17	13,41	228,00
	melanoma	8	12,13	97,00
	Total	25		
FAC2RepEmoc	ginecol	17	12,35	210,00
	melanoma	8	14,38	115,00
	Total	25		
FAC3AconfAcep	ginecol	17	15,00	255,00
	melanoma	8	8,75	70,00
	Total	25		
FAC4DistHuida	ginecol	17	13,15	223,50
	melanoma	8	12,69	101,50
	Total	25		
FAC5ConsecEnf	ginecol	17	12,47	212,00
	melanoma	8	14,13	113,00
	Total	25		
factor6	ginecol	17	12,47	212,00
	melanoma	8	14,13	113,00
	Total	25		

Estadísticos de contraste(b)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	61,000	57,000	34,000	65,500	59,000	59,000
W de Wilcoxon	97,000	210,000	70,000	101,500	212,000	212,000
Z	-,409	-,643	-1,986	-,146	-,527	-,529
Sig. asintót. (bilateral)	,682	,520	,047	,884	,598	,597
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,711(a)	,549(a)	,049(a)	,887(a)	,628(a)	,628(a)
a No corregidos para los empates.						
b Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 10:28:02
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(3 4) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUARTILES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	sarcoma	39	29,72	1159,00
	pulmón	16	23,81	381,00
	Total	55		
FAC2RepEmoc	sarcoma	39	26,60	1037,50
	pulmón	16	31,41	502,50
	Total	55		
FAC3AconfAcep	sarcoma	39	29,38	1146,00
	pulmón	16	24,63	394,00
	Total	55		
FAC4DistHuida	sarcoma	39	27,59	1076,00
	pulmón	16	29,00	464,00
	Total	55		
FAC5ConsecEnf	sarcoma	39	24,33	949,00
	pulmón	16	36,94	591,00
	Total	55		
factor6	sarcoma	39	29,56	1153,00
	pulmón	16	24,19	387,00
	Total	55		

Estadísticos de contraste(a)						
	Fact1ExpPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	245,000	257,500	258,000	296,000	169,000	251,000
W de Wilcoxon	381,000	1037,500	394,000	1076,000	949,000	387,000
Z	-1,245	-1,014	-1,003	-,297	-2,661	-1,140
Sig. asintót. (bilateral)	,213	,311	,316	,766	,008	,254
a Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados	19-APR-2010 10:28:15	
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis	NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(3 5) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUARTILES /MISSING ANALYSIS.	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,02
	Tiempo	0:00:00,02

	transcurrido	
	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	sarcoma	39	28,14	1097,50
	uro	17	29,32	498,50
	Total	56		
FAC2RepEmoc	sarcoma	39	29,09	1134,50
	uro	17	27,15	461,50
	Total	56		
FAC3AconfAcep	sarcoma	39	27,55	1074,50
	uro	17	30,68	521,50
	Total	56		
FAC4DistHuida	sarcoma	39	27,85	1086,00
	uro	17	30,00	510,00
	Total	56		
FAC5ConsecEnf	sarcoma	39	27,28	1064,00
	uro	17	31,29	532,00
	Total	56		
factor6	sarcoma	39	30,01	1170,50
	uro	17	25,03	425,50
	Total	56		

Estadísticos de contraste(a)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	317,500	308,500	294,500	306,000	284,000	272,500
W de Wilcoxon	1097,500	461,500	1074,500	1086,000	1064,000	425,500
Z	-,250	-,412	-,661	-,455	-,851	-1,059
Sig. asintót. (bilateral)	,802	,681	,509	,649	,395	,290
a Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados	19-APR-2010 10:28:31	
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis	NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(3 6) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUARTILES /MISSING ANALYSIS.	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	sarcoma	39	23,74	926,00
	digestiv	8	25,25	202,00
	Total	47		
FAC2RepEmoc	sarcoma	39	23,01	897,50
	digestiv	8	28,81	230,50
	Total	47		
FAC3AconfAcep	sarcoma	39	23,67	923,00
	digestiv	8	25,63	205,00
	Total	47		
FAC4DistHuida	sarcoma	39	22,12	862,50
	digestiv	8	33,19	265,50
	Total	47		
FAC5ConsecEnf	sarcoma	39	23,88	931,50
	digestiv	8	24,56	196,50
	Total	47		
factor6	sarcoma	39	23,74	926,00
	digestiv	8	25,25	202,00
	Total	47		

Estadísticos de contraste(b)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	146,000	117,500	143,000	82,500	151,500	146,000
W de Wilcoxon	926,000	897,500	923,000	862,500	931,500	926,000
Z	-,284	-1,095	-,369	-2,086	-,128	-,285
Sig. asintót. (bilateral)	,776	,274	,712	,037	,898	,776
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,792(a)	,282(a)	,728(a)	,036(a)	,901(a)	,792(a)
a No corregidos para los empates.						
b Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 10:28:46
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(3 7) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUARTILES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo	0:00:00,00

	transcurrido	
	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	sarcoma	39	24,85	969,00
	melanoma	8	19,88	159,00
	Total	47		
FAC2RepEmoc	sarcoma	39	22,95	895,00
	melanoma	8	29,13	233,00
	Total	47		
FAC3AconfAcep	sarcoma	39	26,04	1015,50
	melanoma	8	14,06	112,50
	Total	47		
FAC4DistHuida	sarcoma	39	22,95	895,00
	melanoma	8	29,13	233,00
	Total	47		
FAC5ConsecEnf	sarcoma	39	21,38	834,00
	melanoma	8	36,75	294,00
	Total	47		
factor6	sarcoma	39	23,45	914,50
	melanoma	8	26,69	213,50
	Total	47		

Estadísticos de contraste(b)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	123,000	115,000	76,500	115,000	54,000	134,500
W de Wilcoxon	159,000	895,000	112,500	895,000	834,000	914,500
Z	-,937	-1,167	-2,256	-1,164	-2,900	-,613
Sig. asintót. (bilateral)	,349	,243	,024	,244	,004	,540
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,365(a)	,257(a)	,022(a)	,257(a)	,003(a)	,550(a)
a No corregidos para los empates.						
b Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 10:32:34
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(4 5) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUARTILES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	pulmón	16	14,75	236,00
	uro	17	19,12	325,00
	Total	33		
FAC2RepEmoc	pulmón	16	19,09	305,50
	uro	17	15,03	255,50
	Total	33		
FAC3AconfAcep	pulmón	16	15,41	246,50
	uro	17	18,50	314,50
	Total	33		
FAC4DistHuida	pulmón	16	16,22	259,50
	uro	17	17,74	301,50
	Total	33		
FAC5ConsecEnf	pulmón	16	18,47	295,50
	uro	17	15,62	265,50
	Total	33		
factor6	pulmón	16	17,13	274,00
	uro	17	16,88	287,00
	Total	33		

Estadísticos de contraste(b)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	100,000	102,500	110,500	123,500	112,500	134,000
W de Wilcoxon	236,000	255,500	246,500	259,500	265,500	287,000
Z	-1,301	-1,211	-,922	-,451	-,851	-,073
Sig. asintót. (bilateral)	,193	,226	,356	,652	,395	,942
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,204(a)	,231(a)	,363(a)	,657(a)	,402(a)	,958(a)
a No corregidos para los empates.						
b Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 10:32:45
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(4 6) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUANTILES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00

	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	pulmón	16	11,25	180,00
	digestiv	8	15,00	120,00
	Total	24		
FAC2RepEmoc	pulmón	16	12,28	196,50
	digestiv	8	12,94	103,50
	Total	24		
FAC3AconfAcep	pulmón	16	11,31	181,00
	digestiv	8	14,88	119,00
	Total	24		
FAC4DistHuida	pulmón	16	10,22	163,50
	digestiv	8	17,06	136,50
	Total	24		
FAC5ConsecEnf	pulmón	16	14,84	237,50
	digestiv	8	7,81	62,50
	Total	24		
factor6	pulmón	16	11,44	183,00
	digestiv	8	14,63	117,00
	Total	24		

Estadísticos de contraste(b)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	44,000	60,500	45,000	27,500	26,500	47,000
W de Wilcoxon	180,000	196,500	181,000	163,500	62,500	183,000
Z	-1,233	-,216	-1,167	-2,239	-2,315	-1,053
Sig. asintót. (bilateral)	,218	,829	,243	,025	,021	,292
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,238(a)	,834(a)	,264(a)	,023(a)	,019(a)	,320(a)
a No corregidos para los empates.						
b Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 10:32:59
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(4 7) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUANTILES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00
	Número de casos	65578

	permitidos(a)	
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	pulmón	16	11,91	190,50
	melanoma	8	13,69	109,50
	Total	24		
FAC2RepEmoc	pulmón	16	12,50	200,00
	melanoma	8	12,50	100,00
	Total	24		
FAC3AconfAcep	pulmón	16	13,78	220,50
	melanoma	8	9,94	79,50
	Total	24		
FAC4DistHuida	pulmón	16	11,31	181,00
	melanoma	8	14,88	119,00
	Total	24		
FAC5ConsecEnf	pulmón	16	11,91	190,50
	melanoma	8	13,69	109,50
	Total	24		
factor6	pulmón	16	11,00	176,00
	melanoma	8	15,50	124,00
	Total	24		

Estadísticos de contraste(b)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	54,500	64,000	43,500	45,000	54,500	40,000
W de Wilcoxon	190,500	100,000	79,500	181,000	190,500	176,000
Z	-,584	,000	-1,262	-1,168	-,584	-1,486
Sig. asintót. (bilateral)	,559	1,000	,207	,243	,559	,137
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,569(a)	1,000(a)	,214(a)	,264(a)	,569(a)	,153(a)
a No corregidos para los empates.						
b Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 10:33:12
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(5 6) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUARTILES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00

	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	uro	17	12,97	220,50
	digestiv	8	13,06	104,50
	Total	25		
FAC2RepEmoc	uro	17	11,82	201,00
	digestiv	8	15,50	124,00
	Total	25		
FAC3AconfAcep	uro	17	13,15	223,50
	digestiv	8	12,69	101,50
	Total	25		
FAC4DistHuida	uro	17	11,65	198,00
	digestiv	8	15,88	127,00
	Total	25		
FAC5ConsecEnf	uro	17	13,85	235,50
	digestiv	8	11,19	89,50
	Total	25		
factor6	uro	17	12,06	205,00
	digestiv	8	15,00	120,00
	Total	25		

Estadísticos de contraste(b)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	67,500	48,000	65,500	45,000	53,500	52,000
W de Wilcoxon	220,500	201,000	101,500	198,000	89,500	205,000
Z	-,029	-1,168	-,146	-1,344	-,850	-,940
Sig. asintót. (bilateral)	,977	,243	,884	,179	,395	,347
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,977(a)	,262(a)	,887(a)	,194(a)	,406(a)	,374(a)
a No corregidos para los empates.						
b Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 10:33:30
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\rocio\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(5 7) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUARTILES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	uro	17	14,00	238,00
	melanoma	8	10,88	87,00
	Total	25		
FAC2RepEmoc	uro	17	11,62	197,50
	melanoma	8	15,94	127,50
	Total	25		
FAC3AconfAcep	uro	17	14,68	249,50
	melanoma	8	9,44	75,50
	Total	25		
FAC4DistHuida	uro	17	12,32	209,50
	melanoma	8	14,44	115,50
	Total	25		
FAC5ConsecEnf	uro	17	11,62	197,50
	melanoma	8	15,94	127,50
	Total	25		
factor6	uro	17	11,68	198,50
	melanoma	8	15,81	126,50
	Total	25		

Estadísticos de contraste(b)						
	Fact1ExpcPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	51,000	44,500	39,500	56,500	44,500	45,500
W de Wilcoxon	87,000	197,500	75,500	209,500	197,500	198,500
Z	-,994	-1,375	-1,666	-,672	-1,373	-1,321
Sig. asintót. (bilateral)	,320	,169	,096	,502	,170	,187
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,344(a)	,175(a)	,097(a)	,511(a)	,175(a)	,194(a)
a No corregidos para los empates.						
b Variable de agrupación: diagnóstico						

Pruebas no paramétricas

Notas		
Resultados creados		19-APR-2010 10:33:54
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\TRABAJO\tesis\roci\variables convertidas2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	143
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para cada prueba se basan en todos los casos con datos válidos para las variables usadas en dicha prueba.
Sintaxis		NPAR TESTS /M-W= Fact1ExpcPos FAC2RepEmoc FAC3AconfAcep FAC4DistHuida FAC5ConsecEnf factor6 BY diagnóstico(6 7) /STATISTICS= DESCRIPTIVES QUANTILES /MISSING ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00

	Número de casos permitidos(a)	65578
a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.		

Cuestionario de Atribuciones, Creencias y Afrontamiento al Cáncer

Estadísticos descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)	75	25	50 (Mediana)
Fact1ExpcPos	143	3,3823	,45411	1,33	4,00	3,0833	3,5000	3,6667
FAC2RepEmoc	143	1,6643	,48308	1,00	3,33	1,3333	1,5000	1,9167
FAC3AconfAcep	143	3,1138	,47977	1,45	4,00	2,8182	3,0909	3,5455
FAC4DistHuida	143	2,5067	,59069	1,09	3,82	2,0909	2,4545	2,9091
FAC5ConsecEnf	143	2,0529	,61776	1,00	3,71	1,5714	2,0000	2,5714
factor6	143	1,8517	,68781	1,00	4,00	1,2000	1,6000	2,4000
diagnóstico	143	3,0909	1,78377	1,00	7,00	1,0000	3,0000	4,0000

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	diagnóstico	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fact1ExpcPos	digestiv	8	10,19	81,50
	melanoma	8	6,81	54,50
	Total	16		
FAC2RepEmoc	digestiv	8	8,56	68,50
	melanoma	8	8,44	67,50
	Total	16		
FAC3AconfAcep	digestiv	8	11,19	89,50
	melanoma	8	5,81	46,50
	Total	16		
FAC4DistHuida	digestiv	8	9,44	75,50
	melanoma	8	7,56	60,50
	Total	16		
FAC5ConsecEnf	digestiv	8	5,69	45,50
	melanoma	8	11,31	90,50
	Total	16		
factor6	digestiv	8	8,06	64,50
	melanoma	8	8,94	71,50
	Total	16		

Estadísticos de contraste(b)						
	Fact1ExpPos	FAC2RepEmoc	FAC3AconfAcep	FAC4DistHuida	FAC5ConsecEnf	factor6
U de Mann-Whitney	18,500	31,500	10,500	24,500	9,500	28,500
W de Wilcoxon	54,500	67,500	46,500	60,500	45,500	64,500
Z	-1,429	-,053	-2,275	-,793	-2,406	-,372
Sig. asintót. (bilateral)	,153	,958	,023	,428	,016	,710
Sig. Exacta [2*(Sig. unilateral)]	,161(a)	,959(a)	,021(a)	,442(a)	,015(a)	,721(a)
a No corregidos para los empates.						
b Variable de agrupación: diagnóstico						