

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



PUCP

**ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO EN UN GRUPO DE ADULTOS CON
DISFEMIA**

**Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica
que presenta la Bachiller:**

SAMANTHA RUTH QUISPE CHÁVEZ

Asesor: CARLOS SIMÓN IBERICO ALCEDO

Lima, 2020

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios, por darme la oportunidad de llegar a este momento de mi carrera.

Sé que es el inicio de un largo camino, y espero estar a la altura de lo que se venga.

A mis padres, por el apoyo incondicional en los momentos de desvelo y frustración.

Gracias por motivarme a terminar lo que un día empecé y por no dejar que decaiga luego de varios años de lucha.

A mi compañera de aguante, a quien me insistía a culminar de cualquier forma, a quien me mentalizó que yo podía lograrlo. ¡Muchas gracias!

A mi asesor, Carlos Iberico, por mantener el compromiso de terminar mi tesis. Gracias por confiar en mí y en este tema que es poco estudiado.

A mis compañeros eruditos en estadística. Gracias por intentar sembrar el conocimiento de la materia en mí, fue bastante difícil, pero al final logré entender los principios básicos.

A los chicos de la asociación, a Alberto. Gracias por confiar en la investigación, por apoyarme de una u otra forma a alcanzar los objetivos. He aprendido muchos de ustedes, sobre todo de su valentía para demostrar que la tartamudez no es un impedimento para hacerte escuchar.

A mis amistades en general, porque cumplieron su cometido, motivarme a cerrar la tesis.

Gracias, porque cada de uno de ustedes, desde el deseo más pequeño hasta el abrazo más fuerte, provocó en mí la motivación de terminar esta dura carrera.

Muchas gracias a todos, he aprendido en contenido, pero también en forma.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo describir la relación entre ansiedad y las estrategias de afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia, así como explorar sus posibles diferencias entre las variables sociodemográficas obtenidas. El número de participantes es de 43 personas con diferentes niveles de disfemia, entre 18 y 34 años, pertenecientes a una asociación particular de tartamudez en Lima Metropolitana. Las pruebas que se utilizaron fueron el Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) y el Inventario Multidimensional de Estimación de Afrontamiento (COPE-60) en la versión adaptada de Cassaretto y Chau (2016). Los resultados evidenciaron que, la escala AR mostró relación directa con la estrategia de afrontamiento *enfocar y liberar emociones*, y relación inversa con las estrategias *reinterpretación positiva y crecimiento*, y *aceptación*; mientras que, la escala AE se relacionó significativamente con la estrategia *enfocar y liberar emociones*. Además, se encontraron correlaciones inversas entre la variable sociodemográfica edad y la escala AR, así como con la estrategia de afrontamiento *enfocar y liberar emociones*. Por otro lado, se reportaron diferencias significativas entre la variable sociodemográfica sexo y la estrategia de afrontamiento *negación*, y la variable tipo de terapia y la estrategia *afrontamiento religioso*. Del estudio se puede concluir que, la ansiedad es un factor que subyace a la disfemia, en la medida que, trae consigo emociones negativas como miedo, vergüenza, frustración o rabia, provocando en última instancia un trastorno de ansiedad. Además, puede desencadenar formas de afrontamiento desadaptativas que podrían mellar el crecimiento personal. Finalmente, es importante reconocer el valor de la terapia dirigida por un psicólogo y/o especialista en tartamudez, puesto que puede brindarle al paciente las herramientas suficientes para hacer frente tanto a la disfemia, como a las emociones y a los pensamientos implicados.

Palabras clave: *Ansiedad, afrontamiento, disfemia, tartamudez.*

ABSTRACT

The purpose of this research is to describe the relationship between anxiety and coping, as well as to explore their possible differences according to sociodemographic variables obtained. The number of participants is 43 people with different levels of stuttering, between 18 and 34 years, belonging to a particular association of stuttering in Lima. The tests used were Anxiety Inventory: State - Trait (STAI) and the Multidimensional Inventory of Coping Estimation (COPE-60) in the adapted version of Cassaretto and Chau (2016). The results showed that the AR scale showed a direct relationship with the coping strategy, focus and release emotions, and an inverse relationship with the strategies, positive reinterpretation and growth, and acceptance; while, the AE scale was significantly related to the focus and release emotions strategy. Also, inverse correlations were found between the sociodemographic variable age and the AR scale, as well as with the coping strategy focusing and releasing emotions. On the other hand, significant differences were reported between the sociodemographic variable sex and the denial coping strategy, and the type of therapy variable and the religious coping strategy. From the study, it is concluded that anxiety is a factor underlying stuttering, as it implies negative emotions such as fear, embarrassment, frustration or anger, ultimately causing an anxiety disorder. In addition, it can lead to forms of non-adaptive coping that could affect personal growth. Finally, it is important to recognize the value of therapy directed by a stuttering psychologist and / or specialist in stuttering, since it can provide the patient with sufficient tools to deal with both stuttering, emotions and thoughts involved.

Keywords: *Anxiety, coping, stuttering.*

Tabla de Contenidos

Introducción.....	1
Método.....	11
Participantes.....	11
Medición.....	12
Análisis de datos.....	16
Resultados.....	17
Discusión.....	19
Referencias	26
Apéndices.....	37
Apéndice A: Consentimiento informado.....	37
Apéndice B: Ficha sociodemográfica.....	38
Apéndice C: Tabla de frecuencia de edad (agrupado).....	41
Apéndice D: Características de los participantes	42
Apéndice E: Tabla de estadísticos descriptivos de las escalas de Ansiedad	44
Apéndice F: Tabla de estadísticos descriptivos de las Estrategias de Afrontamiento	45

A nivel mundial se estima que la incidencia de la disfemia bordea el 4 o 5% de la población (ASHA, 2017), con un 1% de tasa de prevalencia; asimismo, existe una proporción de 4 a 1 en hombres y mujeres respectivamente, en relación con la aparición del trastorno en la vida adulta (Fundación Americana de la Tartamudez, 2015). En Perú, la estadística reporta que al menos un 0.6% de la población presenta discapacidad del habla y un 0.7%, discapacidad de la comunicación (Ministerio de la Mujer y Desarrollo social y Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad, 2008), no quedando del todo claro qué porcentaje corresponde a las personas con disfemia.

La disfemia es el término técnico para tartamudez y es entendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) como un trastorno que afecta directamente a la fluencia del discurso, es decir, es un tipo de disfluencia del habla. Este síndrome clínico suele ser persistente y se acompaña de patrones conductuales, cognitivos y afectivos (Smith & Weber, 2017) que interrumpen la producción del habla en la forma de repeticiones de sonidos, palabras, preguntas, sílabas o ceceos. Además, puede asociarse con movimientos inconscientes de alguna parte del cuerpo que van acorde al ritmo de estas interrupciones verbales (American Speech – Language – Hearing Association [ASHA], 2019; Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE], 2006).

La disfemia está considerada como un trastorno del desarrollo en donde intervienen factores físicos y psicológicos, los cuales acentúan sus efectos y hacen más complejo su estudio (Kehoe, 2006; Sangorrín, 2004; Smith & Weber, 2017).

Entre los estudios de los factores físicos, algunos trabajos han buscado un gen específico que participe en el desarrollo del trastorno, logrando a la fecha acumular diversa evidencia en el tema, pero que aún no es definitiva (Jo, 2010; Raza et al., 2015; Friguerio-Domingues & Drayna, 2017; Friguerio-Domingues et al., 2019). Luego, los estudios de neuroimágenes encuentran distinta actividad cerebral anómala relacionada a

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

procesos auditivos, del habla y motrices que son fundamentales para el habla fluida (Ingham, Ingham, Euler & Neumann, 2018) y una morfometría cerebral fuera de lo esperado en niños (Koenraads et al., 2019), lo cual podría generar la descoordinación motora de este trastorno; sin embargo, nuevamente, la evidencia actual no sería suficiente para plantear de forma consistente y clara, las bases neurológicas de la disfemia (Etchel, Civiern Ballard & Sowman, 2018).

Adicional a ello, estudios iniciales encontraron anormalidades en las áreas de Wernicke y Broca, responsables de la comprensión y la producción del lenguaje (Achten, Van Borsel, Santens, Lahorte & Voet, 2000), así como en el área auditiva primaria encargada del procesamiento de la información auditiva (Kehoe, 2006). Además, en recientes estudios, se ha encontrado conectividad anormal en cerebro de niños, tanto entre áreas como entre redes neurales, que modulan diversas funciones del cerebro (Chang et al., 2018), además de anomalías en las conexiones interhemisféricas (Neef, Anwander & Friederici, 2015), las cuales obstaculizan la comunicación y “sincronización” de diversas funciones, pudiendo dar lugar a los problemas de la fluidez en la disfemia. Por último, Peters, Houlstijn & Van Lieshout (2000), plantearon en una publicación que la descoordinación o sobre activación de los sistemas motores que participan en el proceso del habla, específicamente en la respiración, fonación y articulación, posiblemente generaban los síntomas de la disfemia, lo cual posteriores estudios parecen sustentar (Neef, Anwander & Friederici, 2015).

Si bien es casi un consenso que la etiología de la disfemia es física al igual que sus conductas primarias características (repeticiones, bloqueos y prolongaciones), es también aceptado que abarca aspectos psicológicos como son el miedo, la ansiedad y múltiples pensamientos que intensifican el deseo de evitar el contexto de hablar (Álvarez, 2017).

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

Respecto a los factores psicológicos, se encuentra que la disfemia involucra reacciones a nivel conductual, cognitivo y afectivo (Brundage, Winter & Beilby, 2017) que impactan negativamente desde la infancia hasta la adultez pasando desde el desarrollo conductual, emocional y social de los niños (McAllister, 2016) hasta la formación de la identidad y la calidad de vida (Nang, Hersh, Milton & Lau, 2018).

En el aspecto conductual, la literatura sugiere que quienes sufren de disfemia se encuentran en constante búsqueda del control del habla (Castro & Manrique, 2003; Jacson, Yaruss, Quesal, Terranova & Whalen, 2015), el cual se observa en gestos de esfuerzo y tensión muscular durante la comunicación que llevan a una articulación más lenta (Erdemir, Walden, Jefferson, Choi & Jones, 2018; Webster, 2004).

En el aspecto cognitivo, Brundage, Winter & Beilby (2017) advierten que la condición de disfemia puede provocar el miedo de ser juzgado por otras personas, generando sesgos en situaciones sociales y consecuentemente, un aumento de la ansiedad.

Es así que, las reacciones emocionales van a centrarse principalmente en la ansiedad, la cual puede predisponer a un episodio de disfemia, emociones negativas (Erdemir et al., 2018; Sangorrín, 2004) o reactividad a estímulos no placenteros (Zengin-Bolatkale, Conture, Key, Walden & Jones, 2018).

Por otra parte, en la mitad de los niños que tartamudean se ha encontrado síntomas asociados al trastorno de déficit de atención e hiperactividad (Druker, Hennessey, Mazzucchelli & Beilby, 2018), además de mayores porcentajes de problemas para dormir o insomnio, a comparación de niños que no tartamudean (Merlo & Briley, 2019).

De esta manera, la ansiedad que la persona pueda experimentar provocaría un deseo interno por querer controlar más su forma de hablar (Jackson, Tiede, Beal & Whalen, 2016), completando así un círculo que se perpetúa.

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

Como consecuencia en la vida diaria, la socialización, por el mismo hecho de ser un contexto comunicativo, será percibido como amenazante para la persona con tartamudez; no solo durante, sino también antes y después de la misma (González, 2008; Iverach et al., 2017; Plexico, Manning y Levitt, 2009a; Smith, Iverach, O'Brian, Kefalianos & Reilly, 2014). De aquí que, las personas con disfemia podrían experimentar sentimientos desadaptativos como miedo, vergüenza, frustración, timidez, estado de ánimo depresivo y rabia, además de altos niveles de ansiedad que pueden devenir en un trastorno de ansiedad generalizada o fobia social (Smith et al., 2014; Tran, Blumgart & Craig, 2010).

Desde la perspectiva psicológica, la ansiedad es la preocupación del individuo cuando se siente en una situación de amenaza en donde se vivencia un temor que puede ser concreto o no (Barlow, 2018; Reevy, Ozer & Ito, 2011; Rojas, 2011). En el sentido biológico, la ansiedad es resultado de un sistema de alerta psíquico que tiene repercusiones en diversos sistemas biológicos del organismo (Blanchard, Blanchard, Griebel & Nutt, 2018). Se diferencia del miedo, en la dificultad que presenta el individuo para determinar la amenaza percibida o el nexo entre la misma y la ansiedad (Reevy, Ozer & Ito, 2011).

En sus estudios pioneros, Spielberger (1966) hace la distinción entre ansiedad rasgo y ansiedad estado, en donde la primera es parte de la estructura de la personalidad, es decir, hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad, las cuales son relativamente estables en el tiempo; mientras que, el tiempo y frecuencia de aparición de la ansiedad estado, dependerán del contexto y de la ansiedad rasgo. En suma, la ansiedad estado se produce en situaciones específicas, en tanto que la ansiedad rasgo se mantiene latente en el sujeto como parte de su personalidad (Bradley, 2016).

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

Algunos estudios han relacionado la ansiedad con la disfemia, encontrando que los niveles más altos de ansiedad estado están estrechamente vinculados con los momentos de tartamudez (Blood & Blood, 2016; Craig & Tran, 2014; Del Pino, 2012). Por ejemplo, se encuentra que en adolescentes existe un mayor nivel de ansiedad de lo esperado en caso de que, sufran de disfemia (Iverach et al., 2017; Smith et al., 2014), de la misma manera que en adultos, quienes presentan un mayor riesgo de sufrir de ansiedad social, debido a los intentos de prevenir los episodios de tartamudez evitando las situaciones sociales (Blumgart, Tran & Craig, 2010).

Dado que la disfemia es un fenómeno que ocurre en la interacción social, es de esperar que el problema de fluidez derive en miedo a hablar o exponerse en público (González, 2008, Iverach & Rapee, 2014). Por ello, se postula que las personas con disfemia podrían aprender a centrarse en las señales negativas de su entorno como un intento de controlar la ansiedad (McAllister, 2015), resultando en restricciones del discurso (Jackson et al., 2016) o incluso en intentos ya no de afrontar directamente los entornos sociales donde esto ocurre, sino de evitarlos (Iverach et al., 2018; Plexico, Manning y Levit, 2009a), pudiendo ello conllevar a la ansiedad social (Blood & Blood, 2016; Blumgart, Tran & Craig, 2010; Iverach et al., 2009; Iverach et al., 2018; Tran, Blumgart & Craig, 2010).

Considerando este último punto, como sugieren las investigaciones, la ansiedad social surgiría por un afrontamiento disfuncional debido a que la persona con disfemia evita situaciones en donde se ve obligado a hablar (Lowe et al., 2017), lo que podría repercutir en diversos ámbitos de su vida. De esta forma, no se estaría considerando solo la ansiedad, sino lo que el individuo hace cuando esta se presenta y es ahí donde entra el concepto de afrontamiento.

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

El afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se efectúan en respuesta a situaciones internas y/o externas que son desbordantes para los recursos de la persona (Ştefan, 2019); de manera que, las estrategias de afrontamiento exitosas son capaces de mediar el afecto negativo y la evaluación cognitiva del evento (Teo, 2014). Ha sido también definido como aquel proceso de intentos o esfuerzos orientados a disminuir el distrés asociado a la amenaza, el daño y la pérdida (Carver & Conner-Smith, 2010).

Este constructo no es unidimensional y abarca estilos relativamente estables de afrontar estresores específicos (Teo, 2014). Por ello, la noción de afrontamiento puede dividirse en dos dimensiones, los estilos y las estrategias: el primero hace referencia a las formas personales de manejar un acontecimiento e indica la preferencia de un tipo de estrategia, así como su uso estable en el tiempo y en las situaciones; en tanto que las estrategias, son los pasos particulares que se aplican en cada contexto y pueden variar de acuerdo con las circunstancias (Castaño y León, 2010; Lazarus y Folkman, 1984). De este último, existen dos tipos de estrategias: las funcionales, que permiten un afronte asertivo, y las disfuncionales, que impulsan un afrontamiento inútil a la situación de amenaza, por ejemplo, negando o escapando del problema, o teniendo sentimientos de culpa (Swartz, 2011).

Carver, Scheier y Weintraub (1989) plantearon quince estrategias de afrontamiento las cuales son: afrontamiento activo, planificación, contención, supresión de actividades, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, enfocar y liberar emociones, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo emocional, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, negación, afrontamiento religioso, humor y uso de sustancias. Los autores distribuyeron los estilos en dos, orientados a afrontar el problema y orientados a afrontar la emoción.

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

Considerando lo anterior, Plexico, Manning & Levit. (2009a) reportan hasta 4 subgrupos de estilos de afrontamiento en personas con disfemia, en donde dos de ellos se inclinaban por un estilo de tipo escape o evitación, mientras que, de los dos restantes, uno se centraba en el problema y el otro en la emoción. Respecto al tipo de afrontamiento de escape, el primer subgrupo se encontraba en la búsqueda constante de prevenir situaciones comunicativas incómodas a fin de protegerse a sí mismo y a los oyentes. En tanto que el segundo subgrupo, rehuía a las interacciones interpersonales, porque prefería evadir cualquier tipo de malestar emocional producto de la falta de control sobre la disfemia, de manera, que los métodos de evasión les producían alivio momentáneo, pero daban lugar a la frustración y problemas a largo plazo por la pérdida de contacto social (Plexico, Manning & Levit., 2009a).

Centrarse en el problema, por ejemplo, puede encontrarse en el estilo de afrontamiento directo, en donde la persona con disfemia puede hacer el uso de paráfrasis, cambios de discurso o muletillas, a fin de evitar la interrupción de su discurso y facilitando la fluidez del mismo. Por último, quienes afrontan enfocándose en la emoción centran su atención en otras habilidades que poseen para entablar relaciones satisfactorias evitando así percibir la disfemia como un obstáculo (Lowe et al., 2017; Plexico, Manning & Levitt, 2009b).

En caso de que los esfuerzos realizados por la persona no sean exitosos podrían dar origen a pensamientos negativos, baja autoestima, conductas evitativas y problemas laborales (McAllister, Kelman & Millard, 2014; Swartz, 2011). Por ello, la aceptación de la disfemia por parte del afectado y la autovaloración de forma integral, sin centrarse en las dificultades en la fluidez, constituyen puntos importantes que facilitan el centrarse en el problema o la emoción y prevenir el aislamiento social (Plexico, Manning & Levit.,

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

2009a, 2009b; Plexico, Erath, Shores & Burrus, 2018) y otros problemas asociados previamente descritos en anteriores párrafos.

Conocida la relación por separado de la ansiedad y los estilos de afrontamiento con la disfemia, es de considerar en qué medida puedan relacionarse estos dos conceptos, sobre todo sabiendo del alto riesgo de sufrir ansiedad elevada que tiene esta población (McAllister, Kelman & Millard, 2015). Por ejemplo, Ştefan (2019) buscó determinar el rol mediador de la autocompasión en la relación entre la ansiedad social y afrontamiento en adolescentes, encontrando que estilos de afrontamiento adaptativos predicen un menor nivel de ansiedad social y mayor nivel de autocompasión. Sin embargo, estos resultados hacen referencia a un trastorno de ansiedad específico y no a los conceptos de ansiedad estado y rasgo previamente planteados y que poseen evidencia de estar relacionados con la disfemia (Craig & Tran, 2014).

Además, se ha encontrado evidencia sobre cierta relación entre la edad en niños y adolescentes que tartamudean y la ansiedad social que presentan, de manera que, la ansiedad está presente en el segundo grupo, lo que puede relacionarse a las demandas que cada etapa de vida requiere (Smith et al., 2014). Otro ejemplo de ello es en el caso de adultos, donde se encontró que una mayor edad se relaciona con una mayor autoaceptación por parte de personas con disfemia (Plexico, Erath, Shores & Burrus, 2018), que los adultos con ansiedad social más jóvenes poseen más problemas emocionales, sociales y conductuales, y que los mismos tienden a evitar más las situaciones en donde se requiere hablar (Iverach et al., 2018). Conociendo de antemano que las personas con disfemia se encuentran en mayor riesgo de padecer niveles elevados de ansiedad (McAllister, Kelman & Millard, 2015), es necesario considerar esta variable en un estudio.

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

También, la evidencia sugiere que en adultos que sufren de tartamudeo encubierto, la terapia centrada en las necesidades de la persona es beneficiosa mientras que aquella que se centra en la fluidez del discurso es generalmente incongruente con sus necesidades (Douglass, Constantino, Alvarado, Verrastro & Smith, 2019). Por ello mismo se esperaría que la intervención de un psicólogo sería percibida por la persona con disfemia como más satisfactoria que aquella que solo se centre en las dificultades del discurso, propio de una intervención por un fonoaudiólogo. Claro está, que ello no implica que una intervención sea más efectiva que la otra por lo mismo que las terapias estudiadas suelen ofrecer mejorías pese a que no abarcan todos los componentes de la disfemia (Humenuk & Tarkowski, 2017).

Por todo lo expuesto, se resalta que, si bien las causas de la disfemia se consideran fisiológicas, el papel de las variables psicológicas resulta agravante para los síntomas de la disfemia y un potencial daño para la salud. Si bien existen diversas investigaciones en el ámbito internacional, en el Perú las publicaciones son de corte médico o fonoaudiológico; es decir, la información disponible producto de los estudios se aleja de los factores de interés para la psicología y la salud mental (Gonzales y Ramos, 2012; Manayay, 2013; Mejía, 2011).

De este modo, la presente investigación tiene como objetivo general analizar la relación entre ansiedad (rasgo y estado) y las diferentes estrategias de afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia de una asociación particular de Lima. Asimismo, como objetivos secundarios, se buscó describir las variables de ansiedad (estado y rasgo) y las estrategias de afrontamiento; así como, analizar la relación que existe entre la variable sociodemográfica edad con el constructo ansiedad, y, de igual forma, con la variable estrategias de afrontamiento. Finalmente, se pretende comparar las estrategias de afrontamiento de acuerdo a las variables sociodemográficas sexo y tipo de terapia. Con

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

este fin, se diseñó una investigación cuantitativa en la que se evaluó, en un único momento, a un grupo de adultos con disfemia de una asociación particular de Lima.



Método

Participantes

La muestra está compuesta por pacientes que pertenecen a una asociación particular para personas con tartamudez de Lima Metropolitana, quienes han sido previamente diagnosticados con disfemia por un psicólogo especialista en tartamudez o un terapeuta del lenguaje.

Los participantes fueron 43 personas cuyo rango de edad fluctuó entre 18 y 34 años ($M=23.37$, $DE=4.43$), dentro de los cuales 26 participantes fueron hombres (60.5%) y 17 mujeres (39.5%) distribuidos en 3 grupos de edades en donde el primero abarca la etapa de transición de la adolescencia a la juventud, el segundo hace referencia a la juventud plena y el tercero a la adultez (Ver Apéndice C). Asimismo, el menor tiempo de diagnóstico de disfemia fue de 5 meses y el de mayor, de 12 años (Ver Apéndice D).

Los análisis descriptivos indican que el 75% de las personas fueron universitarias y cerca de la totalidad de la muestra tenía como estado civil soltero (95.5%). Además, un poco más de la mitad de los participantes (58.1%) fue diagnosticado por un terapeuta de Lenguaje, y el mismo porcentaje reportó un nivel de tartamudez leve a leve/moderado. (Ver Apéndice D).

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: secundaria incompleta, analfabetismo, alteración a nivel neurológico como tumores o quistes cerebrales en las áreas implicadas en la producción del habla o comorbilidad con otro trastorno del habla y diagnóstico de trastorno de ansiedad.

Con esto, se comenzó la aplicación de las pruebas, por lo que se procedió a conversar con el director de la asociación con el fin de obtener el permiso para aplicar los cuestionarios a los integrantes de la misma. Se le explicó el tratamiento ético que tendría la investigación, es decir, que esta se desarrollaría únicamente con fines académicos, que la participación era voluntaria, anónima, confidencial y bajo consentimiento informado. Por lo tanto, no habría devolución de resultados de forma individual, pero se acordó informar al director de la asociación los datos que se obtendrían en el presente estudio. Así pues, se oficializó el permiso de aplicación a través de una carta expedida por la universidad, la cual fue firmada por el director.

Seguidamente, en un primer acercamiento a los participantes que cumplían con el requisito de edad (mayores de 18 años), se les invitó a participar del estudio y se les comentó el objetivo y los lineamientos éticos. Finalmente, se precedió con la administración de la ficha sociodemográfica y las pruebas de forma grupal, aplicándose

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

en diferentes días a grupos pequeños. De todas formas, a cada grupo se le volvía a esclarecer los términos de la investigación, tanto el objetivo como las condiciones éticas de la aplicación, por lo que los participantes aceptaron colaborar voluntariamente firmando el consentimiento informado.

Medición

Para la medición de la ansiedad se utilizó el *Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado* (IDARE), versión en español del State-Trait Anxiety Inventory (STAI), adaptado por Spielberger y Guerrero-Díaz en 1975, en colaboración con psicólogos latinoamericanos incluyendo peruanos, cuyo objetivo es determinar cuál es el tipo de ansiedad predominante en la persona, estado (AE) o rasgo (AR). Para efectos del presente estudio, se trabajó con la prueba de ambos autores publicada en el 2002.

El IDARE consta de 40 ítems en total, veinte para cada escala, con un tipo de respuesta en formato Likert. Para la dimensión ansiedad estado, el rango de puntuaciones es 1 = *No en lo absoluto*, 2 = *Un poco* 3 = *Bastante* 4 = *Mucho*; mientras que para la ansiedad rasgo las opciones de respuesta son, 1 = *Casi nunca*, 2 = *Algunas veces*, 3 = *Frecuentemente* 4 = *Casi siempre*.

Para su calificación, se considera el puntaje en bruto dentro de una fórmula particular para cada escala. Cabe resaltar que, el rango de puntaje va desde 20 hasta 80 puntos.

Para la confiabilidad, los autores verificaron la estabilidad del IDARE en el tiempo, a través de la prueba test – retest, de manera que la reaplicación del inventario se realizó en 3 lapsos diferentes. Las correlaciones obtenidas de la escala AR fueron bastante altas, las cuales variaron de .73 a .86, mientras que, para la AE, el rango osciló desde .16 a .54, situación esperable para Spielberger y Guerrero-Díaz (2002) en cuanto a la ansiedad estado, puesto que la escala mide la ansiedad experimentada en situaciones únicas.

Por consiguiente, dada la naturaleza de la AE, en la medida de consistencia interna Alfa de Cronbach se obtuvo un índice más adecuado de confiabilidad que las correlaciones test – retest. De tal manera que ambas escalas resultaron altamente confiables. Sobre la AE, los índices variaron entre .83 a .92, así como el AR, de .86 a .92 (Spielberger y Guerrero-Díaz, 2002).

Para explicar la validez de la escala ansiedad rasgo (Spielberger y Guerrero-Díaz, 2002), se realizó la prueba de tipo concurrente, para lo cual se correlacionó el IDARE con otros inventarios que miden la AR, tales como la Escala de Ansiedad IPAT

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

de Cattell y Scheier (1963), la Escala de Ansiedad Manifiesta (TMAS) de Taylor (1963) y la lista de adjetivos afectivos AACL de Zuckerman (1960). Las intercorrelaciones entre el IDARE – AR y las pruebas IPAT y TMAS puntuaron moderadamente altas, siendo el tamaño del rango de .75 a .84, lo cual indica que los 3 instrumentos son aplicables alternativamente para investigar la ansiedad rasgo. En cambio, las correlaciones con el AACL fueron moderadamente confiables con las otras medidas.

La validez de la ansiedad estado se evidenció a través de varios estudios. Uno de ellos se realizó en población universitaria (Spielberger y Guerrero-Díaz, 2002). Este consistió en la aplicación de la escala en dos tiempos. Se observó que el puntaje de la media para la primera condición fue considerablemente más alto de la segunda, para hombres y mujeres.

Con respecto a la aplicación del IDARE en el contexto limeño, algunas investigaciones en grupos de universitarios demostraron la confiabilidad de la ansiedad rasgo puesto que el Alfa de Cronbach se registró dentro del rango de .85 a .89; así como de la ansiedad estado, con un puntaje que cayó dentro de .89 y .92 (Anchante, 1993; Oliden, 2013; Torrejón, 2010). Lo mismo ocurrió en grupos de adultos en los que las escalas ratificaron su consistencia interna puntuando índices de alfa que oscilaron entre .80 y .91 para la AR, y para la AE, .84 y .93 (Lostau nau, 2013; Miguel de Priego, 2014; Torres, 2014). En el presente estudio, el alfa de Cronbach registró un índice de 0.92 para la ansiedad estado, y 0.89 para la ansiedad rasgo, los cuales indicaron que ambas escalas presentaron alta consistencia interna.

Por otro lado, el afrontamiento fue medido a través del *Inventario Multidimensional de Estimación de Afrontamiento* (COPE por sus siglas en inglés), creado por Carver, Scheier & Weintraub en el año 1989, cuyo objetivo es conocer la forma cognitiva, emocional y conductual en que las personas reaccionan ante una situación de amenaza. El inventario presenta un formato de respuesta tipo Likert que va desde el 1 = Casi nunca hago esto, 2 = A veces hago esto, 3 = Usualmente hago esto hasta el 4 = Hago esto con mucha frecuencia.

La prueba (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) presenta dos formas de aplicación que están muy relacionadas, para ambas se aplican los mismos ítems, lo que diferencia es la forma de aplicación. La disposicional evalúa las respuestas típicas de la persona, mientras que la situacional mide las respuestas en un momento en particular. Esto porque se considera que el afrontamiento puede ser comprendido tanto en términos estables (disposicional) como temporales (situacional), dependiendo del contexto.

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

El COPE cuenta con tres versiones, el primero constó de 52 ítems y 13 estrategias o escalas; la segunda versión se conformó con 53 ítems y 14 escalas, y la última versión se formó con 60 ítems y 15 escalas (Carver, Scheier & Weintraub, 1989); cabe resaltar que las tres versiones han sido empleadas por diversos autores (Cassaretto, 2011; Cassaretto y Chau, 2016; Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez, 2003; Kallasmaa y Pulver, 2000; Levano, 2003).

Respecto a la consistencia interna de las estrategias, el estudio realizado por los propios autores Carver et al. (1989) a 978 estudiantes universitarios arrojó coeficientes alfa de Cronbach de entre 0.45 y 0.92, siendo la escala más débil *desentendimiento mental* (0.45), y las pruebas test – retest revelaron un rango de 0.46 y 0.86. La validez de constructo fue medida aplicando un análisis factorial con rotación oblicua. Esta nos devela una estructura de 11 escalas con valores eigen mayores a 1. Las escalas *afrontamiento activo* y *planificación* conformaron un solo factor, y las escalas *soporte instrumental* y *soporte emocional* conformaron otro factor. Para el último caso, los autores decidieron mantenerlos separados por razones de teoría.

En el contexto peruano, el inventario de 52 ítems fue adaptado por Casuso en el año 1996, en una muestra de 817 universitarios. Con respecto a la validez, el análisis factorial exploratorio con rotación Varimax arrojó 13 estrategias con valores eigen mayores a 1 y adecuadas cargas factoriales; mientras que la confiabilidad se encontró a través de los puntajes de Alfa de Cronbach que oscilaban entre 0.40 y 0.86.

Para la presente investigación se usó la adaptación limeña de Cassaretto y Chau (2016), conformada por 60 ítems y 15 estrategias. Con referencia a las pruebas psicométricas, la consistencia interna se verificó con el Alfa de Cronbach, del cual se obtuvo lo siguiente, el coeficiente mínimo fue de .53 para la estrategia *desentendimiento mental*, luego se registraron las estrategias *Afrontamiento activo* (.54), *Contención del afrontamiento* (.55), *Supresión de Actividades* (.62), *Reinterpretación positiva y crecimiento* (.66), *Aceptación* (.68), *Negación* (.73), *Desentendimiento Conductual* (.73), *Enfocar y liberar emociones* (.75), *Búsqueda de razones instrumentales* (.80), *Planificación* (.82), *Búsqueda de razones emocionales* (.85), *Afrontamiento religioso* (.88), *Uso de sustancias* (.89), hasta llegar al coeficiente máximo de la estrategia *Uso del humor* (.91). Adicionalmente, todos los ítems presentaron correlaciones ítem–test positivos, salvo el ítem 25 (“*Tomo medidas adicionales para intentar librarme del problema*”) (Cassaretto y Chau, 2016).

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

Respecto a la validez, se comenzó con el análisis factorial exploratorio con rotación oblicua y extracción de componentes principales, del cual resultaron valores adecuados ($KMO = 0.798$, $p = 0.01$), lo que confirma la pertinencia de la prueba, además, la estadística arrojó una varianza de 65.15% para 15 factores. Consecuentemente, a razón de organizar las estrategias de afrontamiento, se practicó el análisis factorial exploratorio en donde la estadística demostró una estructura de 3 factores que explicó el 55.92% de la varianza ($KMO = .69$, $p < .01$).

Finalmente, se llevó a cabo un análisis confirmatorio para poner a prueba tres modelos que podrían estructurar las estrategias del COPE. Las autoras sugirieron el uso del modelo C de 3 factores (Cassaretto y Chau, 2016), no obstante, enfatizan en la prudencia de su aplicación pues se requiere de más estudios. De manera que, las 15 estrategias son *afrontamiento activo*, *planificación*, *contención del afrontamiento*, *supresión de actividades*, *búsqueda de razones instrumentales*, *búsqueda de razones emocionales*, *reinterpretación y crecimiento*, *uso del humor*, *afrontamiento religioso*, *negación*, *aceptación*, *enfocar y liberar emociones*, *uso de sustancias*, *desentendimiento mental* y *desentendimiento conductual*.

Con respecto al contexto limeño, en el estudio realizado por Lostaunau y Torrejón (2013), con 53 participantes, el alfa de Cronbach de los estilos fue de .86, .81 y .75, para el factor orientado al problema, a la emoción y evitativo, respectivamente. Mientras que, en el caso de las estrategias, de manera general, los puntajes oscilaron entre .56 y .85, con excepción de las estrategias *afrontamiento activo*, *contención del afrontamiento*, *desentendimiento mental* y *afrontamiento religioso* que arrojaron índices que fluctuaron entre .23 y .49; y la estrategia *uso de alcohol/drogas* que puntuó en .00 debido a que la muestra reportó *casi nunca* utilizar este tipo de afronte en situación de estrés en el contexto de enfermedad.

Finalmente, en la presente investigación, se encontraron los siguientes puntajes: *Supresión de Actividades* (.53) *Afrontamiento Activo* (.53), *Aceptación* (.69), *Enfocar y liberar emociones* (0.70), *Negación* (0.70), *Búsqueda de razones instrumentales* (0.71), *Búsqueda de razones emocionales* (0.73), *Reinterpretación positiva y Crecimiento* (0.77), *Planificación* (0.82), *Afrontamiento Religioso* (0.84), *Uso del humor* (0.87) y *Uso de sustancias* (.90).

Para efectos de este estudio, se utilizarán las estrategias con coeficientes por encima del .5, ya que la literatura comenta que para escalas que cuentan con pocos ítems

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

a analizar, es permitido ser flexible con el punto de corte mínimo (Nunnally, citado en Field, 2009).

Análisis de datos

Los datos fueron analizados por el programa estadístico IBM SPSS versión 23. Se comenzó con los análisis descriptivos para la muestra, para continuar con el análisis de confiabilidad de cada instrumento mediante el Alfa de Cronbach. Luego, se realizó el estudio de normalidad a partir de la prueba Shapiro-Wilk, dado que el grupo de participantes fue inferior a 50. Los resultados de la normalidad de la variable ansiedad estado y las estrategias *enfocar y liberar emociones, religión y humor* reportaron no normalidad, sin embargo, observando la asimetría y la curtosis, la falta de normalidad no es tan severa como para no usar pruebas paramétricas. Seguidamente, se analizó la correlación entre las escalas de ansiedad y las estrategias de afrontamiento, para la cual se utilizó el estadístico Pearson; así como las variables edad y nivel de tartamudez con las escalas de ansiedad y las estrategias de afrontamiento, utilizándose el estadístico Pearson o Spearman, según la normalidad. Además, se tomó como criterio de interpretación de la intensidad de correlación descrita por Cohen (Hemphill, 2003), en donde la misma es baja en valores menores o iguales a 0.3, media entre 0.3 y 0.5 y alta en valores de iguales o superiores a 0.5. Finalmente, se exploró las diferencias entre grupos a partir de los datos sociodemográficos y médicos con las variables de la investigación. De igual forma, se comenzó analizando la normalidad entre cada dato y la variable de estudio, para luego decidir la prueba apropiada. De manera que, para puntajes paramétricos se aplicó el estadístico T de Student para muestras independientes y, para puntajes no paramétricos, las pruebas U de Mann-Whitney.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos. Se comenzará respondiendo al objetivo general: analizar la relación entre ansiedad (rasgo y estado) y las estrategias de afrontamiento. Luego, se responderán los objetivos específicos: descripción de las variables AR y AE y las estrategias de afrontamiento, analizar la relación que existe entre la variable sociodemográfica edad con las variables AR y AE, y, de igual forma, con las estrategias de afrontamiento. Finalmente, se comparará las estrategias de afrontamiento se acuerdo a las variables sociodemográficas sexo y tipo de terapia.

En primer lugar, se analizó la correlación entre las variables de estudio y se encontró una correlación significativa de intensidad alta y las demás de intensidad media (tres). De manera que, la escala AE correlacionó directamente y de intensidad media con la estrategia *enfocar y liberar emociones*. Por su parte, la AR presentó relación significativa inversa y de intensidad media con dos estrategias, *reinterpretación positiva y crecimiento y aceptación*, mientras que, con la estrategia *enfocar y liberar emociones*, se relacionó de forma directa y de intensidad alta.

Tabla 1

Correlaciones entre estrategias de afrontamiento y ansiedad estado y rasgo.

	AE	AR
Reinterpretación positiva y crecimiento	-.197	-,406**
Aceptación	-.250	-,325*
Enfocar y liberar emociones	,356*	,582**

N=43, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Seguidamente, con respecto a las escalas de ansiedad, los participantes registraron una media de 37.47 ($DE=9.50$) en la AE, mientras que en AR puntuaron 44.49 de promedio ($DE=9.50$) (Ver Apéndice E). Asimismo, las medias de las estrategias de afrontamiento oscilaron entre 7.19, *negación* ($DE=2.11$) y 11.95, *reinterpretación positiva y crecimiento* ($DE=2.45$). A excepción de la estrategia *uso de sustancias* ($M=4.58$, $DE=1.97$) (Ver Apéndice F).

Luego, se correlacionó la variable sociodemográfica de edad con las escalas de ansiedad y las estrategias de afrontamiento. Para la variable edad, se encontró correlación inversamente significativa y de intensidad media con la escala AR ($r=-.307$, $p<0.05$), lo que indicaría que las personas de menor edad estarían experimentando mayores índices

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

de ansiedad rasgo, y viceversa. Mientras que, entre la variable edad y la estrategia *enfocar y liberar emociones*, se halló una relación inversa significativa de intensidad media ($r=-.322$, $p<0.05$), de la cual se presumiría que en tanto menos edad tenga la persona estaría haciendo mayor uso de la estrategia, y viceversa.

Entre la variable sexo y la estrategia *negación* se encontraron diferencias significativas de intensidad media con un tamaño de efecto mediano, siendo los hombres quienes estarían utilizando más la estrategia en contraste con las mujeres ($t(35.61)=2.20$, $p<0.05$, $d=0.63$, $M_{\text{hombres}}=7.73$, $DE_{\text{hombres}}=2.07$, $M_{\text{mujeres}}=6.35$, $DE_{\text{mujeres}}=1.96$)

Por último, se realizó un ANOVA de una vía para evaluar si existen diferencias entre el tipo de terapia recibida y el uso de alguna estrategia. Se encontraron diferencias significativas en la estrategia *afrontamiento religioso* ($F(6,36)=4.48$, $p=0.002$). Por lo mismo, se procedió a realizar un análisis Post Hoc de Bonferroni. De esta manera, en la tabla 2 se aprecia que, el uso de la estrategia *afrontamiento religioso* presentó diferencias marginalmente significativas en los grupos de terapia estrictamente psicológica frente a recibir terapia dirigida por un psicólogo especialista o la combinación de terapia estrictamente psicológica y terapia del lenguaje. De igual forma, se encontró diferencias marginalmente significativas en el uso de la estrategia en mención y el haber recibido terapia estrictamente psicológica sumada a terapia dirigida por un psicólogo especialista frente a haber recibido solo terapia dirigida por un psicólogo especialista o terapia de lenguaje sumada a terapia estrictamente psicológica.

Tabla 2

Comparación de medias de la estrategia de Afrontamiento Religioso con el tipo de terapia

		Diferencia de medias	Error Estándar	Sig.
Afrontamiento Religioso	TP – TPT	6.700*	1.730	0.009
	TP – TL+TP	6.700*	1.730	0.009
	TP+TPT – TPT	4.367*	1.343	0.052
	TP+TPT – TL+TP	4.367*	1.343	0.052

Discusión

La investigación sobre el papel que tienen algunas variables psicológicas en la disfemia ha señalado la importancia del rol de la ansiedad tanto en la presencia de síntomas (Álvarez, 2017; Blood & Blood, 2016; Brundage, Winter & Beilby, 2017), como en la aparición de trastornos más complejos cuando esta aumenta (Smith et al., 2014; Tran, Blumgart & Craig, 2010; Walden & Jones, 2018). En esta misma línea, se ha encontrado indicios de relación entre la aparición de ansiedad social y un estilo de afrontamiento disfuncional en personas con disfemia (Lowe et al., 2017), quedando pendiente la relación entre la ansiedad en términos generales y esta variable.

Por lo anterior, la presente investigación tuvo como objetivo general analizar la relación entre ansiedad (rasgo y estado) y las diferentes estrategias de afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia de una asociación particular de Lima. Asimismo, como objetivos secundarios, se buscó describir las variables de ansiedad (estado y rasgo) y las estrategias de afrontamiento; así como, analizar la relación que existe entre la variable sociodemográfica edad con el constructo ansiedad, y, de igual forma, con la variable estrategias de afrontamiento. Finalmente, se pretendió comparar las estrategias de afrontamiento de acuerdo a las variables sociodemográficas sexo y tipo de terapia.

En respuesta al objetivo general se encontró que, a más ansiedad, estado o rasgo, se experimente, habría mayor uso de la estrategia de *enfocar y liberar las emociones*. Este resultado es coincidente con lo reportado por Pietraszek, Lockiewicz & Jankowska (2017) sobre el uso preferente de las estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción por parte de las personas con trastornos en la fluidez del habla.

La estrategia de enfocar y liberar emociones fue descrita inicialmente por Carver, Scheier & Weintraub (1989) como la acción de centrarse en las emociones negativas y expresarlas. Esta exteriorización abarcaría las emociones surgidas en contextos comunicacionales como el miedo, vergüenza, cólera o frustración (Brundage et al., 2017; Iverach & Rapee, 2014). Podría considerársele como una acción impulsiva derivada de la frustración por el desempeño al momento de hablar e incluso de indicios de derrotismo y abandono del esfuerzo de la persona por mejorar su condición (González, 2008; Swartz, 2011). De esta forma, el centrarse en las emociones negativas puede ser funcional en un inicio, pero a largo plazo puede desviar a la persona de tomar acciones concretas para modificar la situación (Pietraszek, Lockiewicz & Jankowska, 2017) tornándose en un afrontamiento mal adaptativo como reportó Pléxico et al. (2018).

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

Para el caso de la ansiedad estado, la liberación del impulso, entendida como la expresión de las emociones negativas, estaría estrechamente relacionada a los momentos precisos en que se da la conducta de tartamudez. Como refiere Blumgart, Tran & Craig (2010), cuando la persona con disfemia percibe un contexto como amenazante, sobre todo al hablar, se genera ineficacia en la regulación de su ansiedad. No obstante, es importante reconocer que dicha expresión se realizaría en mayor medida ante la presencia de considerables niveles de ansiedad rasgo, lo que se explicaría en base a que este tipo de ansiedad se experimenta de forma latente pudiendo llegar a considerarse parte de la personalidad (Bradley, 2016; Spielberger, 1966).

Seguidamente, se encontró que, a mayor ansiedad rasgo existe un menor uso de la estrategia *aceptación*. Esto podría asociarse a las emociones negativas reportadas por personas con disfemia como son miedo al rechazo social, a parecer estúpidos o incluso a la percepción de ser inútiles, fracasados, inadecuados, etc. (Craig & Tran, 2014); de manera que, estas alimentarían los intentos por controlar sus síntomas (Jackson et al., 2016), en vez de acomodarse a su condición y aceptarla. Dicha aceptación conllevaría no solo a vivir la disfemia sin restricciones, sin tratar de evitar los silencios y las trabas en la ejecución de las palabras, sino también permitiría los pensamientos y las emociones que convergen, tales como miedo, angustia o frustración (García, 2013).

Para la sociedad actual, la comunicación perfecta es signo de inteligencia, por lo que cuando se escucha hablar a un adulto con disfemia, la actitud que tome el oyente será de crucial importancia para aquella persona con tartamudez (Freitez, 2012). Esta es la razón por la que las fundaciones y organizaciones internacionales en pro de las personas con disfemia (ASHA, 2017; Fundación Americana de Tartamudez, 2015) fomentan la detección a temprana edad de la disfemia. Ambas recomiendan asistir a un especialista para minimizar los efectos emocionales colaterales en el niño, para que cuando sea adulto no desarrolle algún tipo de trastorno de ansiedad y tenga mayor fortaleza afectiva.

El presente estudio también reveló que los participantes con mayor índice de ansiedad rasgo estarían haciendo menor uso de la estrategia *reinterpretación positiva y crecimiento*. De esto se podría hipotetizar que, la ansiedad estaría perjudicando el crecimiento personal, en la medida que la persona con disfemia no estaría presentando la disposición emocional para aprender a convivir con su disfluencia, por el contrario, estaría optando por una actitud más evitativa, tanto en el ámbito social como la aceptación de su tartamudez (Craig et al., 2003; Jackson et al., 2016; McAllister, 2015).

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

Cabe señalar que, un factor transversal al contexto de socialización es la presión social, la cual podría generar más ansiedad en aquellas personas que presentan ansiedad rasgo (Rodríguez, 2005; Tran et al., 2010). En el caso de los participantes del presente estudio, es posible que hayan percibido presión social aún sin haber reportado diagnóstico de ansiedad por un especialista.

Siguiendo el orden de los resultados, se encontró que la media de la AR es mayor a la AE. Este resultado coincidiría con lo afirmado por Craig & Tran (2014), en donde confirman que los adultos con disfemia crónica poseen una ansiedad rasgo sustancialmente más alta. Considerando que la disfemia suele ser de inicio temprano, sería esperable que la persona asocie el contexto de hablar a diversas emociones como miedo o ansiedad (Álvarez, 2017), integrando a su personalidad una tendencia a anticipar los contextos de hablar y respondiendo con ansiedad a los mismos.

Continuando con el análisis, en las variables demográficas no se reportó correlación lineal entre el sexo y las variables estudiadas, pero sí con la edad. De esta manera, cuanto menos edad tenga la persona con disfemia, experimentará mayores niveles de ansiedad rasgo. Para el caso del presente estudio no se encontraron diferencias en los grupos de edades. Por un lado, se sabe que los adolescentes con disfemia presentan mayor ansiedad de la esperada para su edad (Iverach et al., 2017), lo mismo que en la adultez (Blumgart, Tran & Craig, 2010); sin embargo, el contexto social poseería un mayor peso en el primer caso. Además, se conoce la relación entre el nivel de ansiedad social y la edad en niños y adolescentes que tartamudean; de manera que, es el segundo grupo el que mayores niveles reporta (Smith et al., 2014). Con ello se podría considerar para los resultados de la presente investigación, que la ausencia de diferencias en los grupos se debe a los intervalos, particularmente el primero, debido a la superposición entre el final de la adolescencia (18 años) y el inicio de la juventud (20 años). Sumado a ello, el tamaño de la muestra fue una variable que pudo afectar en la obtención de resultados significativos.

Seguido de esto, la variable edad también correlacionó de forma inversa con la estrategia *enfocar y liberar emociones*, lo que significaría: mientras menos edad tenga la persona con disfemia, estaría utilizando dicha estrategia en mayor medida. Al respecto, existen evidencias acerca de que con el paso del tiempo las personas van declinando el uso de estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción (como enfocar y liberar emociones) desde los 17 años hasta los 33 (Wingo, Baldessarini & Windle, 2015), por lo que, este resultado estaría a favor de esta postura. Además, considerando que a menor

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

edad las personas con disfemia perciben un impacto negativo mayor en sus vidas (Freud, Kichi-Brin, Ezrati-Vinacour, Roziner & Amir, 2017), la presencia de emociones negativas y su expresión sería esperable. De esta manera, se podría considerar que los participantes de menor edad con disfemia tendrían mayores dificultades para autorregular sus emociones a diferencia de los de mayor edad, por lo que, estarían más propensos a manifestar sus afectos a través conductas agresivas o autoagresivas (Andreu, Peña y Penado, 2013).

Entrando en las comparaciones de grupos, se halló diferencia según sexo en el uso de estrategias de afrontamiento, de manera que, los hombres estarían haciendo mayor uso de la estrategia *negación* a diferencia de las mujeres. Esto estaría en la línea de lo que señala la investigación de Freitez (2012), quien refiere que, al margen de que son un grupo con disfemia, los varones tienden más a evadir cualquier situación que les genere tensión.

En otro estudio se encontró que, las mujeres hacen un mayor uso de estrategias adaptativas que los varones hasta cerca a los 20 años, en donde si bien no se encuentran diferencia según sexo, corroboraría lo que reporta esta investigación (Flannery, Vannucci & Ohannessian, 2018); considerando, además, que el rango de edad de los participantes es de 18 a 34 años. La *negación* va de la mano con la capacidad de aceptar o no una situación de estrés. Se podría decir que a los varones del presente estudio les estaría costando más aceptar su condición a diferencia de las mujeres. Si bien existen diferencias por sexo en el habla bajo condiciones de disfemia (Wallentin, 2009), el sexo no determina las características del comportamiento de las personas (o como estas afrontan), por lo que la interpretación de este resultado podría ser mejor explicado en términos de roles de género; sin embargo, ello se encuentra fuera del alcance del presente trabajo.

Seguido de esto, se halló diferencias según el tipo de terapia recibida, en tanto que quienes han asistido a terapia estrictamente psicológica presentan un mayor uso de la estrategia *afrontamiento religioso*, que quienes recibieron terapia dirigida por un psicólogo especialista en disfemia o terapia de lenguaje combinada con terapia psicológica. Además, aquellos participantes que han recibido terapia psicológica sumado a terapia por un psicólogo especialista en disfemia presentan un mayor uso de la estrategia *afrontamiento religioso* que aquellos que solo llevaron terapia por un psicólogo especialista en disfemia o terapia de lenguaje sumada a la terapia estrictamente psicológica.

La estrategia *afrontamiento religioso* puede tener diversas implicancias debido a que la persona puede utilizarla como una fuente de soporte emocional, una forma de

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

reinterpretación positiva y crecimiento como también una táctica de afrontamiento activo frente a un estresor (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Sumado a ello, de acuerdo a Freitez (2012) el tipo de afrontamiento religioso puede estar relacionado a que las personas que buscan algún tipo de ayuda, entiéndase por ejemplo atención terapéutica, tienden a apoyarse en creencias religiosas para superar su problema con la fluidez del habla y con esto evitar tratar de afrontar su condición.

Finalmente, como se había mencionado anteriormente, existen una serie de pensamientos negativos que surgen de la aglomeración de intentos fallidos por mantener la fluidez del habla (Craig & Tran, 2014), pensamientos que pueden ser tratados desde la terapia cognitivo conductual (Pertijs et al., 2014), pudiendo ello dar paso a una reinterpretación positiva y motivación al cambio. La perseverancia en el tratamiento de una terapia, de cualquier índole, suscita en el paciente mayor motivación para enfrentar de forma adaptativa su disfemia (ASHA, 2017; Koç, 2010), de esta manera la terapia psicológica sería un complemento para la terapia conductual basada en la evidencia que produce cambios en los patrones motores del ritmo del habla, la cual es la más efectiva en la actualidad (Ingham et al., 2018). Por lo mismo, se encuentra en estos resultados que una terapia que aborde variables psicológicas parece facilitar el uso de estrategias adaptativas en la persona con disfemia.

Respecto a las limitaciones del presente estudio, una de ellas fue el número de participantes. Si bien se trabajó con una asociación particular de Lima que agrupa a personas con disfemia de todas las edades, fue difícil reunir a un número considerable; considerando, además, que trabajar con una población específica delimitó el número de participantes. Esto repercutió en la agrupación de las edades, pues con una muestra pequeña fue difícil generar una división etaria y correlacionarla con las variables psicológicas. Razón por la cual, para una próxima investigación, se sugiere evaluar a un grupo representativo para tener resultados más precisos.

Otra limitación del estudio fue el tiempo de la aplicación de las pruebas, puesto que reunir a los participantes tomó más tiempo de lo que se esperaba. Pese a que todos pertenecían a una misma asociación, encontrar una fecha común para varios fue difícil. Es por ello que, se sugiere considerar la evaluación de forma tanto grupal como individual, según sea el caso de las evaluaciones. Seguido de esto, la disparidad de acceso a terapias para el manejo de la disfemia y sus comorbilidades conllevan, si bien a una muestra rica en datos, a una variable extraña al no poder garantizar que cada individuo haga uso de estrategias de afrontamiento propias de su persona o adquiridas durante la

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

terapia a la que fue sometido. Por último, se considera como limitación también la diferencia en el nivel socioeconómico de la muestra, lo cual puede conllevar a actitudes diversas frente a un diagnóstico y culturas de procedencia que limiten los resultados.

Sobre este último punto, es válido mencionar que en tres estrategias de afrontamiento se identificaron alfas de Cronbach menores a .5: *Contención del Afrontamiento* (.29), *Desentendimiento mental* (.39), *Desentendimiento conductual* (.41), lo cual se debió al tamaño de la muestra, así como a la sensibilidad que mostró el COPE en el presente estudio. Adicional a ello se observa que estas estrategias se refieren a demorar o evitar afrontar el estresor, tendencia que en la población con disfemia se podría considerar como esperada (Lowe et al., 2017; Pléxico, Manning & Levit, 2009a), alterando así parte de los resultados.

En relación a esto, se aconseja que se adapte la prueba Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES) diseñada por Yaruss & Quesal (2008). Lo significativo de este cuestionario es que está enfocado netamente en dicha población; además, recopila información de cuatro aspectos relacionados a la disfemia. El primero, conocer la perspectiva general de la tartamudez; segundo, reacciones afectivas, conductuales y cognitivas en relación con la disfluencia; tercero, dificultades de comunicación funcional; y, cuarto, el impacto de la disfemia en la calidad de vida de la persona.

En conclusión, el presente estudio tuvo como propósito explorar la relación entre la ansiedad y las distintas estrategias de afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia; siguiendo la línea de otros investigadores (Craig et al., 2003; Blood, Blood, Maloney, Meyer & Qualls, 2007; Freitez, 2012), encontrando que algunas estrategias se encuentran relacionadas con la ansiedad. A partir de aquí, se sienta un precedente en la investigación, ya que el estudio servirá para evidenciar la situación actual de la disfemia en términos psicológicos y en el contexto limeño. El valor de indagar en una población mínima en porcentajes, pero importante para el aprendizaje, espera ser motivo para que otros investigadores puedan ampliar la información con otros constructos psicológicos y en otras formas de diseño.

Finalmente, se sugiere que, además del aporte cuantitativo, se recoja información de forma cualitativa a modo de enriquecer la investigación. Sería interesante conocer la percepción del mundo a través de la experiencia del día a día de esta población. Así pues, se invita y motiva a continuar investigando sobre la ansiedad y el afrontamiento en personas con disfemia, puesto que aún con un número de personas no representativa se

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

pudo encontrar evidencia estadísticamente significativa, por ello se considera que la ampliación de la muestra arrojaría datos más precisos y representativos.



Referencias

- Achten, E., Van Borsel, J., Santens, P., Lahorte P. y Voet, T. (2000) Functional MR pilot study of speech and language related to stuttering. *Proceedings of the ISMRM 8th Scientific Meeting*. Recuperado de http://www.researchgate.net/profile/Patrick_Santens/publication/253238307_Functional_MR_pilot_study_of_speech_and_language_related_to_stuttering/links/0046353ac0f636ed27000000.pdf
- Álvarez, G. (2017). *Las personas con tartamudez en España*. Madrid, España: Ediciones CINCA.
- American Speech – Language – Hearing Association (2019). La Tartamudez. Recuperado de <http://www.asha.org/public/speech/disorders/La-Tartamudez/>
- Anchante, M. P. (1993). *Ansiedad Rasgo - Estado y Soporte Social en un grupo de alumnos de EE.GG.CC. de la P.U.C.P.* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Anderson, T. & Felsenfeld, S. (2003). A Thematic Analysis of Late Recovery From Stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12, 243 – 253. Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=1dc5e707-6ff2-422f-a987-2c08fd5381c7%40sessionmgr111yvid=4yhid=127>
- Andreu, J., Peña, E. y Penado, M. (2013). Impulsividad cognitiva, conductual y no planificadora en adolescentes agresivos reactivos, proactivos y mixtos. *Anales de Psicología*, 29 (3), 734-740. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n3/psicologia_clinica2.pdf
- Barlow, D. H. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento paso a paso*. Ciudad de México, México: Manual Moderno.
- Barreda, D. (2012). Depresión y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista IIPSI*, 15(2), 203 – 216. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v15n2/a13.pdf>
- Blumgart, E., Tran, Y. y Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*, 27 (7), 687-692. Recuperado de <http://eds.a.ebscohost.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=1dc5e707-6ff2-422f-a987-2c08fd5381c7%40sessionmgr111yvid=4yhid=127>

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

wer?vid=12ysid=3c62357c-b27e-424c-8b71-
ac9088aead53%40sessionmgr4004yhid=4111

- Blood, G., Blood, I., Maloney, K., Meyer, C. y Qualls, C. (2007). Anxiety levels in adolescents who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 40(6), 452-469. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021992406000888>
- Bradley, A. (2016). Trait and state anxiety: Assessment, predictors and outcomes. New York: Nova Publishers.
- Brundage, S. B., Winters, K. L., & Beilby, J. M. (2017). Fear of Negative Evaluation, Trait Anxiety, and Judgment Bias in Adults who Stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(2), 498-510. doi:10.1044/2017_ajslp-16-0129
- Chang, S.-E., Angstadt, M., Chow, H. M., Etchell, A. C., Garnett, E. O., Choo, A. L.,... Sripada, C. (2018). Anomalous network architecture of the resting brain in children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 55, 46-67. doi:10.1016/j.jfludis.2017.01.002
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. Carver, C., & Conner-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Cassaretto, M. (2011). Relaciones entre personalidad y el afrontamiento en estudiantes preuniversitarios. *Revista Vanguardia Psicológica*, 1 (2), 202 – 225.
- Cassaretto, M. y Chau, C. (2016). *Afrontamiento al estrés: adaptación del Cuestionario COPE en universitarios de Lima*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblita, H. y Valdéz, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología en estudiantes de psicología*, 21 (2). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=994031>
- Castaño, E. y León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento al estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2). Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estr-es.pdf>

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

- Castro, Y. y Manrique, Y. (2013). *Perfil de la Fluidez del Habla en niños de 5 a 6 años en instituciones educativas estatales de tres distritos de Lima*. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5038>
- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (2006). *Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS*. Recuperado de http://www.psicoarea.org/cie_10.htm
- Craig, A. (2007). *Evidence – based practice in the treatment of adolescents and adult stuttering: what does we know and what work?* American Speech – Language – Hearing Association. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=tyrct=jyq=yesrc=sysource=webycd=12ycad=rj ayuact=8yved=0CCAQFjABOApqFQoTCN24156ChsYCFQnNgAodKxEAQw yurl=http%3A%2F%2Fwww.asha.org%2FEvents%2Fconvention%2Fhandouts %2F2007%2F1718_Craig_Ashley%2Fyei=AaV4VZ20DYmagwSrooCYBAyu sg=AFQjCNFK-AQqutZLg2Muwt9qEZ61PD7JGQysig2=TLKunaBG5rkMvBA7KAmAAQyb vm=bv.95277229,d.eXY
- Craig, A., & Tran, Y. (2014). Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 35–43. doi:10.1016/j.jfludis.2014.01.001
- Del Pino, A. (2012). *Reformulación y definición de Tartamudez y Disfemia desde las nuevas aportaciones de la Neuropsicología*. (Tesis de Maestría). Universidad Internacional La Rioja. Recuperado de http://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/1841/2012_12_26_TFM_ESTUDIO_DEL_TRABAJO.pdf?sequence=1
- Douglass, J. E., Constantino, C., Alvarado, J., Verrastro, K., & Smith, K. (2019). Qualitative investigation of the speech-language therapy experiences of individuals who covertly stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 61, 105713. doi:10.1016/j.jfludis.2019.105713
- Druker, K., Hennessey, N., Mazzucchelli, T., & Beilby, J. (2018). Elevated attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 59, 80-90. doi:10.1016/j.jfludis.2018.11.002
- Erdem, M., Çelik, C., Doruk, A., Özgen F. & Özflahi, A. (2011). Genç eriskin kekemelik vak'alarında anksiyete düzeyi ile basa çıkma tutumlarının ilişkisi. *New/Yeni*

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

- Symposium Journal*, 49 (2), 77–82. Recuperado de <http://yenisympodium.com/Pdf/TR-YeniSempozyum-a35922e2.PDF>
- Erdemir, A., Walden, T. A., Jefferson, C. M., Choi, D., & Jones, R. M. (2018). The effect of emotion on articulation rate in persistence and recovery of childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 1–17. doi:10.1016/j.jfludis.2017.11.003
- Etchell, A. C., Civier, O., Ballard, K. J., & Sowman, P. F. (2018). A systematic literature review of neuroimaging research on developmental stuttering between 1995 and 2016. *Journal of Fluency Disorders*, 55, 6–45. doi:10.1016/j.jfludis.2017.03.007
- Fernández, C. (2012). *Afrontar la Muerte en Ciencias de la Salud*. (Tesis Licenciatura). Universidad de Almería. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=wXpVAQAAQBAJyprintsec=frontcoveryh1=es#v=onepageyqyf=true>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. SAGE Publications Ltd: London.
- Flannery, K. M., Vannucci, A., & Ohannessian, C. M. (2018). Using Time-Varying Effect Modeling to Examine Age-Varying Gender Differences in Coping Throughout Adolescence and Emerging Adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 62(3), S27–S34. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.09.027
- Freitez, L. (2012). *Rasgo de Personalidad y Estrategias de Afrontamiento en personas con tartamudez*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado. Recuperado de <http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/repositorio/TEGBF6983F742012.pdf>
- Freud, D., Kichin-Brin, M., Ezrati-Vinacour, R., Roziner, I., & Amir, O. (2017). The relationship between the experience of stuttering and demographic characteristics of adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 52, 53–63. doi: 10.1016/j.jfludis.2017.03.008
- Freud, D., Levy-Kardash, O., Glick, I., & Ezrati-Vinacour, R. (2019). Pilot Program Combining Acceptance and Commitment Therapy with Stuttering Modification Therapy for Adults who Stutter: A Case Report. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 1–12. doi:10.1159/000501078

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

- Frigerio-Domingues, C. & Drayna, D. (2017). Genetic contributions to stuttering: the current evidence. *Mol Genet Genomic Med*, 5(2), 95-112. doi: 10.1002/mgg3.276
- Frigerio-Domingues, C. E., Gkalitsiou, Z., Zezinka, A., Sainz, E., Gutierrez, J., Byrd, C.,... Drayna, D. (2019). Genetic factors and therapy outcomes in persistent developmental stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 80(4), 11-17. doi: 10.1016/j.jcomdis.2019.03.007
- Fundación Americana de la Tartamudez (2015). Prevalencia e incidencia. Recuperado de <http://www.tartamudez.org/content/prevalencia-e-incidencia>
- García, J. (2013). *Deja de sufrir por la tartamudez*. Editorial Ariel S.A.: España.
- González, J. (2008). *Alteraciones del Habla en la Infancia*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana. Recuperado de https://books.google.es/books?id=tZV207cWu-wCypg=PA87ydq=tartamudezyhl=esysa=Xyei=gGVSVcX_MYiWNuCbglgKyved=0CD0Q6AEwBg#v=onepageyq=tartamudezyf=true
- Gonzales, S. y Ramos, S. (2012). *Perfil de fluencia del habla en docentes de educación inicial y primaria de colegios públicos y privados del distrito de Los Olivos*. (Tesis de Maestría en Fonoaudiología) Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Hemphill, J. F. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *American Psychologist*, 58(1), 78–79. doi:10.1037/0003-066x.58.1.78
- Humeniuk, E., & Tarkowski, Z. (2017). Overview of research over the efficiency of therapies of stuttering. *Polish Annals of Medicine*, 24(1), 99–103. doi:10.1016/j.poamed.2016.11.007
- Ingham, R. J., Ingham, J. C., Euler, H. A., & Neumann, K. (2018). Stuttering treatment and brain research in adults: A still unfolding relationship. *Journal of Fluency Disorders*, 55, 106–119. doi:10.1016/j.jfludis.2017.02.003
- Iverach, L., Jones, M., Lowe, R., O'Brian, S., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2018). Comparison of adults who stutter with and without social anxiety disorder. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 55–68. doi:10.1016/j.jfludis.2018.03.001
- Iverach, L., Lowe, R., Jones, M., O'Brian, S., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2017). A speech and psychological profile of treatment-seeking adolescents

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

- who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 51, 24–38. doi:10.1016/j.jfludis.2016.11.001
- Iverach, L. y Rapee, R. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: current status and futures directions. *Journal of Fluency Disorder*, 40, 69 – 82.
- Jackson, E., Tiede, M., Beal, D. y Whalen, D. (2016). The impact of social – cognitive stress on speech variability, determinism, and stability in adults who do and do not stutter. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 59, 1295 – 1314.
- Jackson, E. S., Yaruss, J. S., Quesal, R. W., Terranova, V., & Whalen, D. H. (2015). Responses of adults who stutter to the anticipation of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 45, 38–51. doi:10.1016/j.jfludis.2015.05.002
- Jo, S. (2010). Genome – wide association study of persistent developmental stuttering. (Tesis de Doctorado). *University of Illinois at Urbana-Champaign*. Recuperado de https://www.ideals.illinois.edu/bitstream/handle/2142/17054/1_Kraft_ShellyJo.pdf?sequence=2
- Kallasmaa, T. y Pulver, A. (2000). The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences*, 29(5), 881-894. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/science/article/pii/S0191886999002408>
- Kehoe, T. D. (2006). *No miracle cures. A multifactorial guide to stuttering therapy*. Colorado, USA: University College Press.
- Koç, M. (2010). The effect of cognitive-behavioral therapy on stuttering. *Social Behavior and Personality*, 38 (3), 301-310. Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=6b1ae7c2-9d0c-475b-9a79-61d06280c9e2%40sessionmgr4007>
- Koenraads, S. P. C., El Marroun, H., Muetzel, R. L., Chang, S. E., Vernooij, M. W., Baatenburg de Jong, R. J., ... Van der Schroeff, M. P. (2019). Stuttering and gray matter morphometry: A population-based neuroimaging study in young children. *Brain and Language*, 194, 121-131. doi:10.1016/j.bandl.2019.04.008
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Spring Publishing Company Inc.

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

- Levano, J. (2003). *El Patrón de conducta Tipo A y Tipo B y Los Estilos de Afrontamiento al Estrés en una muestra de personal militar*. (Tesis de Maestría no publicada). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- López, B., Fernández, I. y Márquez, M. (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6 (15), 501-522. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2931/293121924013/>
- Lostanau, A. (2013). *Ansiedad rasgo y recursos de afrontamiento en pacientes con Diabetes de tipo II*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4701>
- Lostanau, A. y Torrejón, C. (2013). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5175>
- Lowe, R., Helgadottir, F., Menzies, R., Heard, R., O'Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2017). Safety Behaviors and Stuttering. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 60(5), 1246. doi:10.1044/2016_jslhr-s-16-0055
- Manayay, M. (2013). *Sistema multimedia basado en fonoaudiología de ayuda en la terapia de lenguaje para el área de desarrollo psicomotriz en el centro educativo para niños con habilidades diferentes "El Bosque"*. (Tesis de Titulación en Ingeniería de Sistemas y Computación.) Chiclayo: Universidad Católica Santo Torio de Mogrovejo.
- McAllister, J. (2015). Stuttering, social anxiety, and cognitive bias. *Procedia – social and behavioral sciences*, 193, 286.
- McAllister, J. (2016). Behavioural, emotional and social development of children who sutter. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 23-32. doi: 10.1016/j.fludis.2016.09.003
- McAllister, L., Kelman, E. y Millard, S. (2014). Anxiety and cognitive bias in children and young people who stutter. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 193, 183 – 191.
- Mejía, E. (2011). *Prevalencia y características clínicas de la tartamudez en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen*,

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

2006-2008. (Tesis de Titulación en Especialista en Pediatría). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Merlo, S., & Briley, P. M. (2019). Sleep problems in children who stutter: Evidence from population data. *Journal of Communication Disorders*, 82, 105935. doi:10.1016/j.jcomdis.2019.105935

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (2008). *Plan de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad 2009 – 2018*. (23 de diciembre de 2008). Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/dnrt/discapacidad/PIO_PCD.pdf

Nang, C., Hersh, D. Milton, K. & Lau, S. R. (2018). The impact of stuttering on development of self-identity, relationships, and quality of life in women who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27, 1244-1258. doi: 10.1044/2018_AJSP-ODC11-17-0201

Neef, N. E., Anwender, A., & Friederici, A. D. (2015). The Neurobiological Grounding of Persistent Stuttering: from Structure to Function. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 15(9). doi:10.1007/s11910-015-0579-4

Oliden, S. (2013). *Propiedades psicométricas del Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R) en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5082/OLIDEN_BALAREZO_SARITA_PROPIEDADES_LIMA.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Versión para la Infancia y la Adolescencia.

Pertijs J., Oonk, C, Beer, A., Bunschoten, M., Ormondt, van J., Rosebrand, M... Veenendaal, van H. (2014). Clinical Guideline Stuttering in Children, Adolescents and Adults. NVLF, Woerden. Recuperado de http://www.nedverstottertherapie.nl/wp-content/uploads/2016/07/Clinical_Guideline_Stuttering-1.pdf

Peters, H., Hulstijn, W. y Van Lieshout, P. (2000). Recent Developments in Speech Motor Research into Stuttering. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 52, 102-119. Recuperado de

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

<http://search.proquest.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/docview/232946118/9306DED4BEE04701PQ/1?accountid=28391>

- Pietraszek, M., Łockiewicz, M., & Jankowska, A. (2017). Coping with stress in adults with speech fluency disorders. *Current Issues in Personality Psychology*, 2, 143–148. doi:10.5114/cipp.2017.64489
- Plexico, L., Manning, W. y Levitt, H. (2009a). Coping responses by adults who stutter: Part I. Protecting the self and others. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 87-107. Recuperado de http://ac.els-cdn.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/S0094730X09000473/1-s2.0-S0094730X09000473-main.pdf?_tid=ba64d1ee-e03b-11e4-bb5b-00000aab0f26yacdnat=1428750966_3f491a21a018bac4fe7085444e52c503
- Plexico, L., Manning, W. y Levitt, H. (2009b). Coping responses by adults who stutter: Part II. Approaching the problem and achieving agency. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 108-127. Recuperado de http://www.researchgate.net/profile/Walter_Manning/publication/26747957_Coping_responses_by_adults_who_stutter_part_II_Approaching_the_problem_and_achieving_agency/links/0deec5357c4d746f4c000000.pdf
- Plexico, L. W., Erath, S., Shores, H., & Burrus, E. (2018). Self-acceptance, resilience, coping and satisfaction of life in people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 59, 52-63. doi:10.1016/j.jfludis.2018.10.004
- Reevy, G. M., Ozer, Y. M. & Ito, Y. (2011). *Encyclopedia of emotion*. California, USA: Greenwood.
- Reguant-Álvarez, M., Vilà-Baños, R., y Torrado-Fonseca, M. (2018). La relación entre dos variables según la escala de medición con SPSS. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 11(2), 45–60. doi: 10.1344/reire2018.11.221733
- Rodríguez, P. (2005). *Hablan los tartamudos*. Vicerrectorado Académico: Venezuela. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=TIP6XE0Ql-ACyprintsec=frontcoveryh1=es#v=onepageyqf=true>
- Rojas, E. (2011). *La Ansiedad, cómo superar el estrés, las crisis de pánico y las obsesiones*. Grupo Planeta: España. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=6X9BXh8KISQCyprintsec=frontcoverydq=qu%C3%A9+es+la+ansiedad+yhl=esysa=Xyei=1NJTVYjsAsy0ggSQvoG4Dwyed=0CGEQ6AEwCQ#v=onepageyq=qu%C3%A9%20es%20la%20ansiedad+yhl=false>

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

- Raza, M. H., Mattera, R., Morell, R., Sainz, E., Rahn, R., Gutierrez, J., ... Drayna, D. (2015). Association between Rare Variants in AP4E1, a Component of Intracellular Trafficking, and Persistent Stuttering. *The American Journal of Human Genetics*, 97(5), 715–725. doi:10.1016/j.ajhg.2015.10.007
- Sangorrín, J. (2004). Disfemia o tartamudez. *Revista de Neurología*, 41(1). 43-46.
- Smith, K. A., Iverach, L., O L., O, S., Kefalianos, E., & Reilly, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 22–34. doi:10.1016/j.jfludis.2014.01.003
- Smith, A., & Weber, C. (2017). How Stuttering Develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 60(9), 2483. doi:10.1044/2017_jslhr-s-16-0343
- Spielberger, C. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press
- Spielberger, C. y Guerrero-Díaz, R. (1975). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. IDARE*. México D. F., México: El Manual Moderno.
- Spielberger, C. D., & Guerrero-Díaz, R. (2002). *Inventario de ansiedad: rasgo-estado: manual e instructivo*. México D. F., México: Manual Moderno.
- Spielberger, C., Gorsuch, L., y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, C.A., EE.UU.: Consulting Psychologists Press.
- Ştefan, C. A. (2019). Self-compassion as mediator between coping and social anxiety in late adolescence: A longitudinal analysis. *Journal of Adolescence*, 76, 120–128. doi:10.1016/j.adolescence.2019.08.013
- Sudhi, N., Jhon, M. y Geetha, Y. (2010). Age and gender differences in persons with stuttering. *Journal All India Institute of Speech and Hearing*, 22(2), 131 – 138.
- Swartz, E. (2011). Coping with stuttering. (Tesis de Doctorado). *Universidad del Estado de Bowling Green*. Recuperado de https://etd.ohiolink.edu/!etd.send_file?accession=bgsu1294387034&disposition=inline
- Teo, T. (2014). *Encyclopedia of critical psychology*. New York, USA: Springer.
- Torrejón, C. (2011). *Ansiedad y afrontamiento en universitarios migrantes*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/689>
- Torres, B. (2014). *Sentido de coherencia y ansiedad rasgo-estado en una muestra de pacientes que padecen cáncer de mama*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

Universidad Católica del Perú. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5913/TORRES_ROMAN_BLANCA_CANCER_MAMA.pdf?sequence=1

Tran, Y., Blumgart, E. y Craig, A. (2010). Subjective distress associated with chronic stuttering. *Journal of Fluency Disorder*, 36(1), 17 – 26. Recuperado de http://linksource.ebsco.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/FullText.aspx?linkout=http%3a%2f%2fwww.sciencedirect.com%2fscience%3f_ob%3dGatewayURL%26_origin%3dEBSCOLINK%26_method%3dcitationSearch%26_volkey%3d0094730x%252336%252317%26_version%3d1%26md5%3d96421a365ed2b254f97597aca593aecb

Wallentin, M. (2009). Putative sex differences in verbal abilities and language cortex: A critical review. *Brain & Language*, 108, 175-183. doi: 10.1016/j.bandl.2008.07.001

Webster, W. (2004). From hand to mouth: contributions of theory to evidence-based treatment. In A. Bothe (Ed.), *Evidence-based treatment of stuttering* (pp. 17-26). New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum Associates.

Wingo, A. P., Baldessarini, R. J., & Windle, M. (2015). Coping styles: Longitudinal development from ages 17 to 33 and associations with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 225(3), 299–304. doi:10.1016/j.psychres.2014.12.021

Yaruss, J. & Quesal, R. (2008). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Special Issues in Stuttering*, 1(18), 54-71. Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=73906bd3-f87a-44d6-b20a-5092b72e9625%40sessionmgr102>

Zengin-Bolatkale, H., Conture, E. G., Key, A. P., Walden, T. A., & Jones, R. M. (2018). Cortical associates of emotional reactivity and regulation in childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 81–99. doi:10.1016/j.jfludis.2018.04.001

Apéndice A: Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por Samantha Quispe Chávez, de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es describir la relación que existe entre la ansiedad y las formas de afrontamiento de las personas con disfemia.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una ficha de datos y dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. En esta línea, no se dará una devolución de resultados de manera individual, sino de forma grupal.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas de la ficha de datos o de los cuestionarios le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar en la investigación:

SÍ

NO

Código del Participante

Firma del Participante
(opcional)

Fecha

Apéndice B: Ficha de Datos Sociodemográficos

Fecha: _____

Nº: _____

Sexo		Edad	Estado civil				
H	M		Soltero(a)	Casado(a)	Conviviente	Separado(a)	Divorciado(a)
Grado de instrucción:					Ocupación:		
Lugar de nacimiento:					Tiempo de residencia en el distrito (años o meses):		
Distrito de residencia actual:							

1. Marque su nivel socioeconómico

<input type="checkbox"/> A: Hogar con ingreso mensual superior al S/.10,600 y la ocupación del jefe del hogar es ser empresario o gerente de una gran o mediana empresa.	<input type="checkbox"/> C: Hogar con ingreso mensual alrededor de S/.1,530 y la ocupación del jefe del hogar es ser empleado de rango intermedio o microempresario.
<input type="checkbox"/> B: Hogar con ingreso mensual alrededor S/.3,350 y la profesión del jefe del hogar es ser empleado de rango intermedio o profesional independiente.	<input type="checkbox"/> D: Hogar con ingreso mensual alrededor de S/.1000.
<input type="checkbox"/> E: Hogar con ingreso mensual equivalente o menor a S/.670.	

*Fuente: IPSOS APOYO

2. ¿Alguna vez le han detectado algún tipo de tumor o quiste cerebral?

Sí	No
----	----

3. ¿Presenta algún otro trastorno del habla además de tartamudez?

Sí	No
----	----

4. ¿Cuándo le diagnosticaron la tartamudez? _____

5. ¿Qué especialista hizo el diagnóstico?

<input type="checkbox"/> Terapeuta del Lenguaje	<input type="checkbox"/> Psicólogo especialista en tartamudez	<input type="checkbox"/> Otro: _____
---	---	--------------------------------------

6. Marque el nivel de tartamudez que presenta:

<input type="checkbox"/> LEVE: tartamudez menos del 5% de sílabas de un discurso.	<input type="checkbox"/> LEVE-MODERADO: alrededor de 5% a 10% de tartamudez de sílabas de un discurso.
<input type="checkbox"/> MODERADO: entre 10% a 15% de tartamudez de las sílabas de un discurso.	<input type="checkbox"/> MODERADO-SEVERO: de 15% a 20% de tartamudez de las sílabas de un discurso.
<input type="checkbox"/> SEVERO: cuando se tartamudea más del 20% de las sílabas de un discurso.	

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

7. Marque si alguna vez asistió a: (puede marcar más de 1)

Terapia exclusivamente de Lenguaje (TL)	Sí	No
Terapia exclusivamente de Psicología (TP)	Sí	No
Ambas (Am)	Sí	No
Terapia dirigida por un psicólogo especialista en tartamudez (TPT)	Sí	No

8. ¿En qué mes/año inició la terapia? (puede marcar y escribir en más de 1)

TL _____ TP _____ TPT _____

9. ¿A cuántas sesiones de terapia asistió? (puede marcar y escribir en más de 1)

TL _____ TP _____ TPT _____

10. ¿Completó la terapia?

Sí No

(Si marcó NO, responda la pregunta 11 y continúe con las demás, si marcó SÍ continúe con la pregunta 12 y las demás.)

11. ¿Cuál fue el motivo porque el que no completó la terapia?

<input type="checkbox"/> Actualmente asisto	<input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--------------------------------------

12. Marque si al menos 1 vez en el último mes asistió a: (puede marcar más de 1)

<input type="checkbox"/> Talleres para habilidades sociales dictadas por la asociación.	<input type="checkbox"/> Talleres para habilidades sociales externas a la asociación.
<input type="checkbox"/> Grupos de apoyo para personas con tartamudez externas a la asociación.	<input type="checkbox"/> Otros talleres: _____
<input type="checkbox"/> No he asistido a ningún taller o grupo de apoyo externo o dictado por la asociación.	

13. Marque si tiene algún familiar con tartamudez (puede marcar más de 1):

<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)(s)
<input type="checkbox"/> Primo(a)(s)	<input type="checkbox"/> Abuelo(a)(s)	<input type="checkbox"/> Tío(a)(s)
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> No tengo ningún familiar	

14. Marque con quiénes vive (puede marcar más de 1)

<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)(s)
<input type="checkbox"/> Primo(a)(s)	<input type="checkbox"/> Abuelo(a)(s)	<input type="checkbox"/> Tío(a)(s)

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Hijo(a)(s)	<input type="checkbox"/> Sobrino(a)(s)
<input type="checkbox"/> Conviviente	<input type="checkbox"/> Otro:	

15. ¿Percibe usted apoyo emocional de parte de sus familiares?

Sí	No
----	----

16. ¿Percibe usted apoyo emocional de parte de sus amigos?

Sí	No
----	----

17. ¿Tiene amigos con tartamudez?

Sí	No
----	----

18. ¿Alguna vez se ha sentido ofendido por otras personas por su tartamudez?

Sí	No
----	----



Apéndice C: Tabla de frecuencia de edad (agrupado)

Edad (agrupado)				Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	18 - 23	25	58,1	58,1	58,1
	24 - 29	13	30,2	30,2	88,4
	30 - 35	5	11,6	11,6	100,0
	Total	43	100,0	100,0	



Apéndice D: Tabla de características de la muestra

Características de la muestra

<i>Variables</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>	Hombre	26	60.5
	Mujer	17	39.5
<i>Grupos de edad</i>	18 a 23 años	25	58.1
	24 a 29 años	13	30.2
	30 a 35 años	5	11.6
<i>Estado Civil</i>	Soltero	41	95.3
	No Soltero	2	4.7
<i>Instrucción</i>	No Universitario	10	23.3
	Universitario	33	76.7
<i>Ocupación</i>	Estudiante	28	65.1
	Trabajador	15	34.9
<i>Lugar de Nacimiento</i>	Provincia	13	30.2
	Lima	30	69.8
<i>Distrito de Residencia actual</i>	Lima Norte	10	23.3
	Lima Este	11	25.6
	Lima Centro	5	11.6
	Lima Moderna	6	14.0
	Provincia	11	25.6
<i>Tiempo de residencia en su distrito actual</i>	1 a 6 años	10	23.3
	Siempre	33	76.7
<i>Nivel Socioeconómico</i>	A	6	14.0
	B	7	16.3
	C	10	23.3
	D	19	44.2
	E	1	2.3
<i>Tiempo de diagnóstico</i>	1 a 12 años	17	39.5
	13 a 16 años	11	25.6
	17 años a más	15	34.9
<i>Especialista que diagnosticó</i>	Terapeuta de Lenguaje	25	58.1
	Psicólogo especialista en Tartamudez	18	41.9
<i>Niveles de Tartamudez</i>	Leve – Leve/Moderado	25	58.1
	Moderado – Moderado/Severo	17	39.5
	Severo	1	2.3
<i>Tipos de Terapia</i>	Terapia de Lenguaje	15	34.9

Ansiedad y afrontamiento en un grupo de adultos con disfemia.

	Terapia de Psicología	13	30.2
	Terapia con Psicólogo especialista en Tartamudez	15	34.9
<i>Tiempo en Terapia</i>	5 meses a 1 año	15	34.9
	1 a 3 años	13	30.2
	4 a 10 años	15	34.9
<i>Número de sesiones de terapia</i>	1 a 10 sesiones	23	53.5
	10 a más sesiones	23	46.5
<i>Fin de terapia</i>	No	37	86.0
	Sí	6	14.0
<i>Razón por la que no completó</i>	Asiste actualmente	9	20.9
	Otros	28	65.1
<i>Asistencia a talleres</i>	Habilidades sociales dictadas por la asociación	20	46.5
	Habilidades sociales externas a la asociación	2	4.7
	Grupos de apoyo para personas con disfemia externas a la asociación	5	11.6
	Otros	3	7.0
<i>Familiar con disfemia</i>	Ninguno	13	30.2
	Un miembro de la familia nuclear	3	7.0
	Familiar nuclear y primos, tíos, abuelos o sobrinos	9	20.9
	Solo primo, tío, sobrino abuelos	13	30.2
	Ninguno	18	41.9
<i>Convivencia actual</i>	Sola	2	4.7
	Familia nuclear	24	55.8
	Pareja	11	25.6
	Otros parientes	6	14.0
<i>Percepción de apoyo emocional familiar</i>	Sí	36	83.7
	No	7	16.3
<i>Percepción de apoyo emocional amical</i>	Sí	34	79.1
	No	9	20.9
<i>Amigos con disfemia</i>	Sí	38	88.4
	No	55	11.6
<i>Percepción de ofensa por disfemia</i>	Sí	39	90.7
	No	4	9.3

N=43

Apéndice E: Tabla de estadísticos descriptivos de las escalas de Ansiedad

Estadísticos descriptivos de las escalas de Ansiedad

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Ansiedad Estado	37.47	9.27	23	68
Ansiedad Rasgo	44.49	9.50	23	66

N=43



Apéndice F: Tabla de estadísticos descriptivos de las Estrategias de Afrontamiento

Estadísticos descriptivos de las Estrategias de Afrontamiento

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Afrontamiento Activo	10.72	1.77	7	15
Contención del afrontamiento	9.26	1.73	6	14
Planificación	11.58	2.4	7	16
Supresión de actividades	9.49	2.04	4	13
Reinterpretación positiva y crecimiento	11.95	2.45	7	16
Aceptación	10.65	2.15	7	16
Enfocar y liberar emociones	8.28	2.54	4	13
Búsqueda de razones instrumentales	10.3	2.75	4	16
Búsqueda de razones emocionales	8.98	2.72	4	14
Negación	7.19	2.11	4	12
Afrontamiento religioso	8.23	3.57	4	16
Desentendimiento mental	9.37	2.14	5	14
Desentendimiento conductual	6.7	1.69	4	9
Uso del humor	9.37	2.78	4	16
Uso de sustancias	4.58	1.97	4	16

N=43

