



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**SENTIDO DE COHERENCIA Y ANSIEDAD RASGO-ESTADO EN UNA  
MUESTRA DE PACIENTES QUE PADECEN CÁNCER DE MAMA**

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

**BLANCA NINOSKA TORRES ROMÁN**

Asesor: Juan Carlos Saravia Drago

Lima- 2014

## Resumen

La presente investigación tuvo como propósito describir la relación entre Sentido de Coherencia (SOC) y Ansiedad Rasgo- Estado en pacientes que padecen cáncer de mamá. La muestra estuvo compuesta por 51 pacientes mujeres con edades entre 29 y 60 años ( $M=45$ ,  $DE=8.68$ ). Se usó el Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE, Spielberger, 1975) y la Escala de Orientación hacia la vida (OLQ, Antonovsky, 1988). La A- Rasgo resultó ser mayor que la A- Estado. Asimismo, se halló que el SOC correlaciona de forma inversa con la A- rasgo y A- Estado. La relación entre SOC y A- Rasgo demostró ser más fuerte que su relación con A- Estado. El lugar de procedencia y la edad fueron variables importantes para la Ansiedad Estado pues las mujeres que provenían de provincia presentaron mayor A- Estado y aquellas mayores a 44 años presentaron mayor A- Estado que las menores. Estos resultados permiten comprender el bienestar de estas pacientes desde una perspectiva salutogénica.

Palabras clave: Cáncer de mama, Ansiedad Rasgo, Ansiedad Estado, Sentido de Coherencia.

## Abstract

The purpose of this study was to describe the relation between Sense of Coherence and Trait- State Anxiety in breast cancer patients. The sample was conformed by 51 women patients between 29- 60 years of age. It was used the State- Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Orientation Life Questionarie (OLQ, Antonovsky, 1988). Trait Anxiety was higher than State Anxiety. Furthermore, the results showed that SOC correlates with State and Trait Anxiety in an inverse way. The relation between SOC and Trait Anxiety was stronger than its relation with State Anxiety. The place of origin and age were found to be important variables for Anxiety State because those who came from province had higher A- State and those who were over 44 years had higher A- State than younger ones. These study lead to understand patients' welfare from a salutogenic perspective.

Key word: breast cancer, Trait Anxiety, State Anxiety, Orientation of Life Questionnaire.

*Pero ahora (...) experimentó sentimientos más benignos, una oleada de compasión por ella y todos sus congéneres, que son víctimas de ese capricho de la evolución que confiere autoconocimiento al ser humano pero no lo equipa psicológicamente para enfrentar lo doloroso de la existencia transitoria. Y a través de años, siglos y milenios hemos construido incansablemente mecanismos para negar la finitud (...) Y sin embargo, al pensar que su nombre ya figuraba en la lista de la muerte, Julius se planteó que un poco de ceremonia quizá no le vendría mal.*

*(Irvin D. Yalom, 2004)*

## Agradecimientos

A mis padres, por su apoyo incondicional en los momentos de vacío y claridad. A Max, Pilar y Rosa por ser mis amigos y hacerme saber que están ahí.

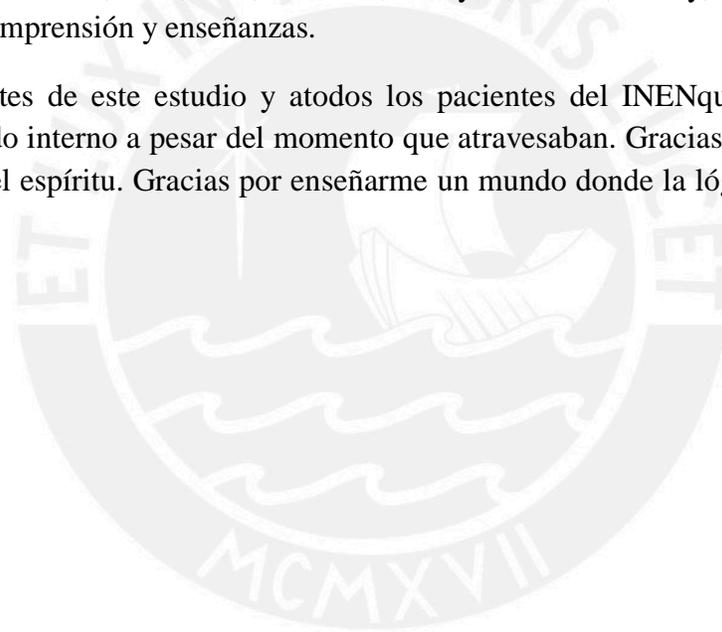
A Luigui, Raysa, Jacky, Rocío. Por su amistad, por su escucha y por los buenos momentos juntos.

A mi asesor, Juan Carlos, por su compromiso y apoyo no solo para terminar la tesis sino también por sus consejos y escucha en momentos de dudas y temores.

A Rocío Soto por sus observaciones y compartir su experiencia conmigo.

A Maga, Silvia, Claudia, Sara, Ana, Gonzalo, Sherylin, Junior, Kathy, Lucy, Rita y Joel. Por su fuerza, comprensión y enseñanzas.

A las participantes de este estudio y a todos los pacientes del INEN que me permitieron entrar a su mundo interno a pesar del momento que atravesaban. Gracias por mostrarme en vivo la fuerza del espíritu. Gracias por enseñarme un mundo donde la lógica y la mente no son suficientes.



## Tabla de Contenidos

Introducción	1	Método	11
Participantes			11
Medición			11
Procedimiento			14
Resultados			15
Discusión			19
Referencias bibliográficas			29
Apéndices			
Apéndice A			i
			Apéndice Bii
Apéndice C			iii
Apéndice D			iv

## Introducción

El cáncer es la segunda causa de muerte en el Perú generando una tasa de mortalidad femenina superior a la masculina, esta diferencia se muestra en los siguientes porcentajes: 51.40% en el caso de mujeres y 48.60% en el caso de varones. Asimismo, el cáncer de mama es la segunda neoplasia, luego del cáncer al cuello uterino, que afecta a las mujeres sobre todo entre los 30 y 84 años de edad e incrementa su incidencia a 26.5% por cada 100,000 mujeres (INEN, 2006; MINSA, 2010). En esta línea, Jiménez, Morales, Morales y Robles (2007) investigaron la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en una muestra de 225 mujeres mexicanas con cáncer de mama, encontrando mayor prevalencia de sintomatología ansiosa (26.5%) respecto a sintomatología depresiva (14.2%). De la misma manera, Montazeri, Omidvari y Vahdaninia (2010), mediante un estudio longitudinal de 18 meses, hallaron que el 38.4% y 22.2% de las pacientes padecían de severa ansiedad y depresión respectivamente. Estos estudios plantean a la ansiedad como uno de los malestares más prominentes en las pacientes que padecen cáncer de mama (Breitbart, Brescia, Kolva, Pessin y Rosenfeld, 2011; [Hung](#), et al. 2013; Instituto Nacional del cáncer, 2013; Martins, 2006; Razavi, Stiefel Travado y Ventura; 1994, Segrin, et al. 2007).

A pesar de ser un problema de salud en las pacientes con cáncer de mama, la ansiedad ha recibido menos atención por parte de los investigadores, quizás porque se le tiende a percibir como un factor menos debilitante (Christie y Sharpley, 2007). No obstante, la ansiedad resulta ser un malestar psicológico que predomina en estas pacientes y merece mayor investigación (Barez, Blasco, Fernandez-Castro y Viladrich, 2007; Budin; Hoskins y Maislin, 1996; Cano, 2005; Danoff-Burg, Huggins y Stanton citados por

Henselmans, et al. 2010; DuHamel y Mosher, 2012; Gaston-Johansson, Jonsson, Kenne y Öhlen, 2007; George, Millar, McLatchie, Murray y Purushotham, 2005; Segrin, et al. 2007).

Asimismo, aunque no estudiada con frecuencia, la Ansiedad- rasgo es una característica de personalidad asociada al bienestar de las mujeres que padecen cáncer de mama (Ader, Bleiker, Leer, Pouwer y Van der Ploeg, 2010; Antonovsky, 1993; de Vries, Keyzer-Dekker, [Mertens](#), [Roukema](#) y van der Steeg, 2013). Por ejemplo, las pacientes que presentan elevada Ansiedad- rasgo, reportan tener mayor malestar físico, mental y social que aquellas con un nivel bajo de Ansiedad- rasgo (Esch, Roukema, Steeg y Vries, 2011; Pennebaker, 2000; Ristvedty Trinkaus, 2009).

En ese sentido, el cáncer de mama es un problema de salud pública no solo por su alta prevalencia en el Perú sino también por los significativos niveles de ansiedad relacionados a su diagnóstico y tratamiento (Ader, Bleiker, Hernández, et al. 2012; Leer, Ploeg y Pouwer, 2000). Por ello, es relevante conocer aquellos factores que promueven en las pacientes su capacidad para enfrentar y manejar el impacto de esta enfermedad sobre su bienestar.

En este contexto destaca el “Sentido de Coherencia” (SOC), concepto central del modelo salutogénico de Aaron Antonovsky, entendido como la capacidad para manejar el estrés. Dentro de este modelo, se entiende que un alto SOC implica una amplia comprensión del problema, el reconocimiento de los recursos disponibles y un compromiso emocional para enfrentarlo (Antonovsky, 1979). Entonces, una persona que ha desarrollado un fortalecido Sentido de Coherencia tiene una mayor disposición para percibir los ambientes internos y sociales como no estresantes.

Así, existen estudios enfocados en el rol que cumple el SOC sobre el bienestar de grupos que enfrentan situaciones estresantes; por ejemplo, las pacientes que padecen cáncer

de mama. Ellas se enfrentan a esta enfermedad que actúa como un estresor que impacta sus vidas desafiándolas a afrontar una variedad de eventos estresantes durante los diferentes estados de la enfermedad, incluyendo efectos colaterales del tratamiento, recurrencia o preparación para la muerte en caso de una fase terminal (Browall, Fall-Dickson, Gaston, Kenne y Persson, 2013). Como resultado de dichos estudios, se encuentran evidencias del rol amortiguador que cumple el SOC sobre el impacto que tiene el cáncer en el bienestar de estas pacientes. Por ejemplo, Kenne, et al. (2013) encontraron una relación positiva entre el SOC y la capacidad para enfrentar el problema y darle un significado a la experiencia de enfermedad, lo cual influyó de forma significativa en su bienestar.

En esta línea, existen investigaciones acerca de la relación que tiene el SOC con la ansiedad, donde el fortalecimiento del primero se relaciona con menores niveles de ansiedad en las muestras estudiadas. Por ejemplo, Eriksson y Lindström (2005) mediante una revisión sistemática de 458 investigaciones sobre la relación entre el SOC y la salud, hallaron una predominante relación negativa entre SOC y ansiedad. Similares resultados se encuentran en muestras de pacientes luego de enfrentarse a las consecuencias de padecer alguna enfermedad crónica, tales como operaciones en la columna vertebral y la médula espinal o la amputación de algún miembro (Badura, Hese, Matysiakiewicz y Piegza, Rycerski, 2008; Elfström, Kennedy, Lude y Smithson, 2010). De la misma manera, en una muestra que recibe consejo genético por sospecha de un cáncer hereditario se halla una relación inversa entre ansiedad y Sentido de coherencia (Berglund, Bjorvatn, Engebretsen, Natvig y Siglen, 2007). Por otro lado, se encontró una relación inversa y fuerte entre el SOC y la Ansiedad- rasgo (Ekelinet al. 2009; Hart, Hittner y Paras, 1991) en muestras que no presentan alguna enfermedad crónica.

Luego de ser expuesta la relevancia del presente estudio, conviene conocer la definición de cada uno de los constructos estudiados.

La ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, considerado por el individuo como amenazador, produciendo en él cambios fisiológicos y conductuales (Spielberger, 1975). Asimismo, con la intención de lograr una mayor diferenciación, Spielberger (1975) planteó los conceptos de Ansiedad- estado (A- Estado) y Ansiedad- rasgo (A- Rasgo). La Ansiedad- estado es una condición emocional transitoria del organismo humano caracterizada por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos percibidos conscientemente, por un aumento de la actividad de sistema nervioso autónomo y puede variar a través del tiempo (Díaz- Guerrero y Spielberger, 1975). Por otra parte, la Ansiedad- rasgo implica la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A- Estado (Díaz- Guerrero y Spielberger, 1975). Asimismo, se demostró que las personas con elevada A- Rasgo tienden a una mayor activación de A- Estado que las personas con baja A- Rasgo. Estos resultados permiten anticipar que quienes califican alto en A- Rasgo presentarán elevaciones de A- Estado más frecuentemente que las personas que califican bajo (Spielberger, 1975).

En el contexto de las personas que padecen una enfermedad crónica como el cáncer, experiencias determinadas como conocer el diagnóstico, esperar que se les practique algún procedimiento médico invasivo, anticipar o experimentar efectos secundarios negativos a partir del tratamiento y el temor a posibles recurrencias, son las situaciones más comunes a las que se enfrenta el paciente (Taylor, 2007). Todo ello se relaciona con elevados niveles de ansiedad en estos pacientes (Christrup, Hansen, Jacobsen, Moldrup y Sjogren, 2010; Leventhal, Rabin, Schmitz y Ward, 2001; Taylor, 2007).

En el cáncer de mama, una intervención como la mastectomía es un estresor común que genera elevada ansiedad en las pacientes pues tiene un impacto sobre su apariencia física, su sentido de totalidad e integridad corporal; así como, representa un reto para su capacidad de funcionar eficazmente en el ambiente que las rodea (Taylor, 2007). En un estudio donde se busca comparar los niveles de ansiedad según procedimientos médicos, se encuentra que la mastectomía generó los niveles más altos de ansiedad y malestar, en comparación con la reconstrucción mamaria o un trasplante de órgano en las pacientes (Borda, Fernández, Martín, Pérez y Rincón, 2013; Canicali, et al. 2012). A su vez, el momento previo a la cirugía es otro factor importante asociado a la presencia de elevada ansiedad en las pacientes ([Aslan](#), Kadiogullari, Ozalp, [Sarioglu](#) y [Tuncel](#), 2003). De la mano con estos resultados, estudios demuestran que la quimioterapia, en comparación con la radioterapia, genera mayor ansiedad en una muestra de mujeres asiáticas que padecen cáncer (Chan, Cheung y Lee, 2013; Yeung, et al. 2009). Se encuentra una relación positiva entre ansiedad y la expectativa del dolor e intensidad percibida de este (Jacobsen, et al. 2010).

Asimismo, se le asocia con alteraciones en el sueño y puede ser un factor importante en las náuseas y vómitos anticipatorios (Alonso, Blasco, López y Pallarés, 2000; Instituto Nacional del cáncer, 2013). Por otro lado, Cameron, Leventhal y Love (1998) hallaron una relación positiva entre los niveles de A- rasgo que presentaba una muestra de pacientes con cáncer de mama y mayor preocupación por la enfermedad.

Por la elevada ansiedad y malestar emocional que genera el cáncer de mama en las pacientes, es necesario e importante estudiar aquellos factores protectores que les permitan a estas personas manejar las consecuencias que tiene esta enfermedad sobre su bienestar.

El concepto Sentido de Coherencia (SOC) responde a esta necesidad al ser una orientación disposicional que promueve en el individuo la capacidad para percibir los eventos de la vida como controlables y estructurados, en vez de caóticos e inesperados; es decir, es un protector frente al estrés (Antonovsky, 1979). El SOC expresa en qué medida la persona tiene la habilidad para distinguir lo que es capaz de hacer y los estímulos interiores y exteriores los percibe estructurados, predecibles y explicables. Asimismo, para poder enfrentar dichos estímulos, los recursos deben ser accesibles al sujeto, lo que conlleva a que las demandas sean retadoras y dirijan al individuo a comprometerse con interés a las situaciones del ambiente. Ello se resume en los tres componentes del SOC: Comprensibilidad, Manejabilidad y Sentido emocional a la vida (Antonovsky, 1993).

El desarrollo de cada uno de estos componentes está influenciado por las experiencias que tenga el ser humano con los Recursos Generales de Resistencia (RGRs) a lo largo de su desarrollo. Los RGRs son características de la persona, grupo o contexto que pueden facilitar la gestión eficaz de los estresores y con ello, un mayor bienestar (Antonovsky, 1979). Estas características implican aspectos físicos, bioquímicos, materiales, cognitivos, emocionales; así como, evaluativos, interpersonales y macro socioculturales del ser humano (Antonovsky, 1979).

El desarrollo y fortalecimiento de los Recursos Generales de Resistencia facilitan el manejo eficaz de un estresor como el cáncer. Por ejemplo, investigaciones en las que se demuestra la relación entre el Grado de instrucción, un RGR, y el SOC, se encuentra una relación positiva entre el nivel educativo y la supervivencia de mujeres que padecen cáncer de mama en la primera etapa de la enfermedad (Kornblith yPaskett, 2013; Sardu, et al. 2012; Herndon, Holland,). De la misma manera, Bulotiene, Furmonavicius, Ostapenko y Veseliunas (2008) encontraron que el nivel de instrucciones una variable que reduce los

niveles de ansiedad de las mujeres que padecen cáncer de mama pues las mujeres con un nivel de instrucción superior presentaron menor ansiedad que aquellas con un nivel inferior.

Siguiendo esta línea, Bulotiene, et al. (2008) hallaron que una variable como el estado laboral, un RGR, influye en el bienestar emocional de las pacientes pues aquellas en estado de desempleo reportaron mayores niveles de ansiedad, a diferencia de las que continuaban trabajando luego de la cirugía. En esta investigación, los autores relacionan el nivel de instrucción y el estado laboral con la capacidad monetaria de estas pacientes (Bulotiene, Furmonavicius, Ostapenko y Veseliunas, 2007). Según el Modelo Salutogénico la capacidad monetaria es un Recurso General de Resistencia de tipo material que no solo facilita de manera directa el afronte de los estresores, sino también se relaciona con la adquisición de otros tipos de RGRs (Antronovsky, 1979). De la mano con este resultado, se encuentra que las pacientes inmigrantes son más vulnerables a presentar limitaciones económicas y laborales, lo cual se refleja en un mayor malestar emocional y físico (BreastCancerAction, 2013; Butow, et al. 2013; Gany, Leng y Ramirez, 2011).

Por otro lado, Kulik yKronfeld (2005) encontraron una relación positiva entre el Soporte social, un RGR, y el Sentido de Coherencia en una muestra de mujeres con cáncer de mama. A su vez, diversos investigadores hallaron una relación positiva entre un bajo Soporte social y mayor preocupación por el progreso de la enfermedad (Andersen, Carpenter, Fowle y Maxwell, 2010; Armer, Heppnerl y Mallinckrodt, 2012;Baider, et al. 2003; Jeffe,Liu, Schootman y Waters, 2013; Vogel, et al.2012). Además, un pobre Soporte social predice elevados niveles de ansiedad en las pacientes (Hill, et al. 2011; Jiménez, et al. 2007).

Incluso, se encuentra la influencia del soporte social en conductas de prevención como el uso de la mamografía (Bloom y Kang, 1993; Gamarra, Griep, Harter y Paz, 2009;

Krishnasamy, 1996). Así, las investigaciones anteriormente expuestas plantean al nivel de instrucción, al estado laboral y al soporte social como características relacionadas al bienestar de las pacientes, las cuales desde una perspectiva salutogénica forman parte de los Recursos Generales de Resistencia que participan en el fortalecimiento del SOC en las pacientes con cáncer de mama.

Por otro lado, Antonovsky (1993) define a la salud como un proceso inestable en el que el ser humano continuamente se está regulando pues como sucede en cualquier otro sistema, el desequilibrio, la enfermedad y el sufrimiento son inherentes al organismo humano. Según el autor, a mayor fortaleza del SOC, mayor es la capacidad del organismo para enfrentar los estresores psicosociales y así acercarse a la salud dentro del continuo salud- enfermedad. Un estresor introduce desorden a un sistema (Antonovsky, 1993) y puede ser una experiencia de vida caracterizada por su inconsistencia y falta de equilibrio como el cáncer (Bailey, et al. 2013; O'Neill et. al., 2006; Taylor, 2007). Por ello, la persona no dispone fácilmente de respuestas automáticas y adaptativas para enfrentarla, entrando luego a un estado de tensión (Antonovsky, 1987). En este contexto, el SOC surge como un esfuerzo en comprender qué explica el movimiento del organismo dentro del continuo salud- enfermedad, donde los estresores son inherentes a su existencia.

Así, algunos autores demuestran que un mayor SOC se relaciona con menores niveles de ansiedad en pacientes que padecen dolor post- operatorio luego de la extirpación de algún órgano, presentando mayor capacidad para manejar el dolor y una percepción más positiva de este (Barthelsson, Nordstron y Norberg, 2011; Kennedy, et al. 2010; Lustig, 2005). Asimismo, se encuentra que el SOC es capaz de reducir experiencias de soledad, ansiedad y predice una mayor capacidad para manejar las dificultades provenientes de la operación (Berglin, Karlsson yLarsson, 2000; Santavirta, et al. 1996). Resultados similares

se encuentran en pacientes que padecen otras enfermedades crónicas (Delgado, 2007; Motzer y Stewart, 1996; Sandén-Eriksson, 2000).

Asimismo, Antonovsky (1993) plantea que existen 4 esferas vitales y significativas para la mayoría de las personas y cuando un estresor afecta alguna de estas esferas, el SOC cumple un rol importante en restablecer el equilibrio alterado. Estas esferas implican: sentimientos internos de uno mismo, actividad principal que cada uno realiza, cuestiones existenciales como la muerte y las relaciones interpersonales inmediatas. El cáncer afecta estas cuatro esferas pues impacta las emociones y sentimientos del paciente en relación a sí mismo y su cuerpo (Allison, Kelly, Swanson, Turner yWetzig, 2005; Yeo, et al. 2004). En la mayoría de casos, perjudica las principales actividades que el paciente realiza (Christiaens, de Rijk, Dierckx,Donceel y Tiedtke, 2010; Lindbohm, et al. 2011), además, enfrenta al paciente a su propia muerte (Barroilhed, Forjaz y Garrido, 2005). Por último, el cáncer de mama afecta las relaciones interpersonales con la pareja (Kurowska yKaczorek, 2011), familia y amigos (Odigie, et al. 2010).

Así, el cáncer de mama afecta áreas significativas que influyen en el bienestar físico y mental de quien lo padece; por ello, resulta relevante estudiar el Sentido de Coherencia de las pacientes. Investigaciones acerca de la relación entre Sentido de Coherencia y ansiedad hallan correlaciones negativas entre estos dos constructos tanto en las pacientes como en sus familiares (Gustavsson, Hietanen, Julkunen y Keskivaara, 2007; Gerasimcik, Giedrè, Ostapenko y Pileckaitè, 2007). A su vez, Travado, et al. (2006) encontraron que mientras más fuerte era el SOC, más positivas fueron las percepciones de las pacientes sobre sus emociones, su salud general y su bienestar mental; también, presentaron menores niveles de ansiedad.

Por la evidencia empírica expuesta y por la poca investigación que se conoce en el Perú, el presente estudio tiene como propósito describir la relación entre SOCy Ansiedad rasgo- estado en una muestra de pacientes que padecen cáncer de mama. Se plantean los siguientes objetivos secundarios: analizar si existen diferencias entre las medias del SOC, incluyendo sus componentes, A- Rasgo y A- Estado según las variables sociodemográficas (edad, lugar de procedencia, nivel de instrucción, estado laboral y civil, presencia de hijos) y variables médicas (tipo de tratamiento y estadio de enfermedad). Asimismo, se busca revisar la relación entre estas variables y las variables principales como SOC y Ansiedad rasgo – estado.



## Método

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 51 mujeres adultas que padecen cáncer de mama, hospitalizadas en un instituto especializado en enfermedades neoplásicas. Asimismo, la edad de las participantes estuvo entre los 29 y 60 años ( $\mu= 45.1$ ,  $DE= 8.68$ ). Dentro de los criterios de exclusión destaca tener otro tipo de cáncer u otras enfermedades crónicas. Se tomó en cuenta los siguientes datos médicos: tipos de tratamiento que la participante ha recibido y está recibiendo en la actualidad y estadio de enfermedad. Además, se consideraron los siguientes datos sociodemográficos: edad, lugar de procedencia, nivel de instrucción, presencia de hijos, estados laboral y civil. Por último, se consideró si la paciente refiere sentirse apoyada, por quién o quiénes.

### Medición

La Ansiedad rasgo- estado se midió a través del Inventario de Ansiedad: Rasgo-estado (IDARE) creado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1975). Esta prueba está conformada por dos escalas que permiten evaluar la Ansiedad- estado y Ansiedad- rasgo de manera separada. La escala de Ansiedad-Rasgo se puntúa del 1 al 4 donde 1 es *no en absoluto* y 4 es *mucho*, mientras que la escala de Ansiedad-Estado se puntúa del 1 al 4 donde 1 es *casi nunca* y 4 es *casi siempre*. Cada escala está conformada por 20 ítems, donde los ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20 son inversos para la escala A- Estado y los ítems 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39 son inversos para la escala A- Rasgo. Para su

elaboración, esta prueba fue aplicada en estudiantes universitarios y de bachillerato, pacientes neuropsiquiátricos, médicos y reclusos jóvenes en distintos momentos.

Respecto al análisis de Validez, CattellyScheier (1963) encontraron una validez concurrente en muestras de pacientes y estudiantes universitarios entre las siguientes escalas: la Escala A- Rasgo, la Escala de Ansiedad IPAT, la Escala de Ansiedad Manifiesta (TMAS) de Taylor (1963) y la lista de adjetivos afectivos de Zuckerman (1960). Obtuvieron correlaciones moderadamente altas entre IDARE, IPAT y TMAS (.75 y .80). Por ello, estas tres escalas son medidas alternativas de A- rasgo. Sin embargo, se obtuvo una correlación moderada entre la lista de Adjetivos afectivos y el IDARE. Asimismo, se aplicó la escala A- estado en una muestra de 977 estudiantes no graduados de la Universidad Estatal de Florida en dos momentos: (1) condición de norma donde las instrucciones fueron estándar y (2) condición de examen, donde se les pidió que respondiesen de acuerdo con la forma que ellos creyeran que se sentirían “inmediatamente antes de un examen final en uno de los cursos más importantes”. La calificación promedio para la escala A- Estado resultó considerablemente más alta en la condición examen que en la condición de norma tanto para los hombres como para las mujeres. Asimismo, todos los reactivos discriminaron de forma significativa entre estas condiciones para los hombres (a excepción de un reactivo) y todos los reactivos fueron significativamente más altos en la condición Examen para las mujeres.

En cuanto al análisis de Confiabilidad, mediante un análisis Test- Retest en diferentes intervalos de tiempo (1 hora, 20 días y 104 días) se obtuvo correlaciones para la Escala Ansiedad- estado que van desde .16 a .54. Asimismo, Arias (1990) realizó un estudio de validación de la prueba en Argentina, Ecuador, México y Perú. En este último,

los análisis de confiabilidad indicaron coeficientes de Cronbach de .84 para la Ansiedad-Rasgo y .87 para la escala de Ansiedad-Estado (Arias, 1990).

En contexto peruano, Anchante (1993) aplicó la prueba en alumnos de pregrado de una universidad privada de Lima y obtuvo coeficientes de Cronbach de .92 para la escala de Ansiedad-Estado y de .87 para la escala de Ansiedad Rasgo. Asimismo, las dos escalas que conformaron la prueba cuentan con una consistencia interna muy buena alcanzando un coeficiente de alfa entre .83 y .92 (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1975). A ello se agrega el estudio realizado por Inoñan (2011) en una muestra de adultos, donde el IDARE- E alcanzó un coeficiente de alfa de Cronbach de .93 y el IDARE- R, un coeficiente de .91.

En el presente estudio, la escala de Ansiedad Rasgo alcanzó un coeficiente de alfa de Cronbach de .87 y la Ansiedad Estado, un coeficiente de .91

Para medir el Sentido de Coherencia, se usó el Cuestionario de Orientación hacia la vida (OLQ) de Aaron Antonovsky (1988). De los 13 ítems, 5 tienen un puntaje inverso (1, 2, 3, 7, 10), 5 frases corresponden al factor Comprensibilidad, 4, a Manejabilidad y 4, a Sentido emocional a la vida.

En cuanto al análisis de confiabilidad, Eriksson y Lindström (2005) luego de analizar 127 estudios sobre el SOC- 13 que fueron realizados entre los años 1992- 2003, encontraron que sus puntajes de alfa de Cronbach iban de .70 a .92. Además, la escala ha sido usada en al menos 33 idiomas y 32 países con al menos 15 versiones diferentes.

Respecto al análisis de Validez, los autores encontraron una correlación Test- retest estable cuyos rangos van de .69 a .78 (1 año), .64 (3 años), .42 a .45 (4 años), .59 a .67 (5 años) a .54 (10 años).

En cuanto al análisis de Confiabilidad, Feldt et al. (2006) estudiaron el Sentido de Coherencia de una muestra de trabajadores durante 5 años y encontraron que este era más

estable entre los sujetos mayores de 30 años (Coef. de estabilidad .81) en comparación con aquellos menores (.70). Estos datos dan cuenta de una validez estructural elevada (Feldt et al., 2006). En nuestro contexto, destaca Saravia (2013) quien estudió la influencia del SOC en la salud percibida de jóvenes y halló un alfa de Cronbach de .80. En el presente estudio la escala en su totalidad alcanzó un coeficiente de .68.

### **Procedimiento**

Para acceder a la muestra, se hizo entrega de una breve explicación del estudio y sus objetivos a las autoridades de un instituto especializado en enfermedades neoplásicas. Luego de recibir la aprobación del proyecto, se solicitó un permiso a los jefes de las áreas de Unidad de tratamientos mixtos (UTM), Quimioterapia y Cirugía para poder aplicar las pruebas dentro de cada área. Posteriormente, se hizo entrega de un consentimiento informado a cada paciente quien mediante su firma aceptó participar de manera voluntaria. Al momento de presentar el consentimiento, se le explicó a cada participante que la información brindada será anónima y servirá para fines de investigación. Una vez que el paciente aceptó formar parte del estudio, se le administró de forma individual las dos pruebas y ficha sociodemográfica en un solo momento.

Se realizó la aplicación y recolección de datos, así como el análisis estadístico respectivo mediante el programa SPSS (versión 20.0). Se analizó la validez y niveles de confiabilidad de las pruebas IDARE y SOC- 13. Luego, se observaron las relaciones entre Ansiedad- estado, Ansiedad- rasgo y SOC. Posteriormente, se revisó la comparación de medias de los constructos iniciales según las variables sociodemográficas de edad, y variables médicas. Luego de ello, se observaron las correlaciones entre A- Rasgo, A- Estado, SOC y las variables sociodemográficas y médicas anteriormente expuestas.

## Resultados

A continuación se describirán los resultados que responden a los objetivos de esta investigación. En primer lugar, se expondrán los datos descriptivos para cada una de las variables estudiadas: SOC, Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado. En segundo lugar, se presentará el análisis de contraste de medias en cada uno de los constructos en función de las variables sociodemográficas relevantes. Luego, se hará un reporte de las correlaciones halladas entre el SOC, A- Rasgo y A- Estado. Por último, se revisarán las correlaciones entre dichas variables y las variables sociodemográficas.

En primer lugar, los puntajes en la escala SOC- 13 presentan un rango de 53. En las escalas de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo se obtienen rangos de 46 y 36 respectivamente. Asimismo, la escala SOC- 13 obtuvo una varianza de 170.6, la escala A- Estado, de 102.9 y A- Rasgo, 99.5 (Tabla 1).

Tabla 1

*Datos descriptivos de las escalas A- Rasgo, A- Estado y SOC- 13.*

VARIABLES	M	DE	Mínimo	Máximo
Ansiedad Estado	42.6	10.1	26	72
Ansiedad Rasgo	46.9	9.97	29	65
SOC 13	57.6	13	35	88
N=51				

Asimismo, se encuentra que la media de Ansiedad Rasgo es superior que la de Ansiedad Estado.

Se encuentra que las medias de Ansiedad Estado tienden a diferenciarse según el lugar de procedencia,  $t(49)=-2.84, p= .07$ , donde las pacientes que provienen de provincia ( $\mu= 46.5, DE= 11.1$ ) experimentan mayor Ansiedad Estado que las pacientes provenientes de Lima ( $\mu= 38.9, DE= 7.66$ ). Asimismo, las medias de Ansiedad Estado varían según la edad; es decir, las pacientes menores de 45 años  $t(46.9)= 2.52, p<.05(\mu= 39, DE= 7.36)$  presentan una media inferior, que aquellas que tienen 45 años o más ( $\mu= 45, DE= 11.2$ ).

No se encontraron diferencias significativas en las variables de SOC, A- Rasgo y Estado según las otras variables sociodemográficas como nivel de instrucción, presencia de hijos, estado laboral y civil, ni variables médicas como estadío de enfermedad y tipo de tratamiento.

Posteriormente, se halló una correlación inversa moderada entre Ansiedad Estado y Sentido de Coherencia. Se encontró una correlación pequeña e inversa entre Ansiedad Rasgo y SOC. Asimismo, los componentes de Manejabilidad, Comprensibilidad y Sentido emocional hacia la vida correlacionaron de manera inversa y moderada solo con Ansiedad Rasgo. (Tabla 2)

Tabla 2

*Correlaciones entre A- Rasgo, A- Estado, SOC 13 y sus componentes*

	A Rasgo	A Estado
SocTotal	-.43**	-.29*
Comprensibilidad	-.31*	-.21
Manejabilidad	-.34*	-.27
Sentido emocional hacia la vida	-.35*	-.21

N = 51

\* $p<.05$

\*\* $p<.01$

Además, en la muestra de pacientes de edad igual o mayor a 45 años, se encontró que el componente de Comprensibilidad correlaciona de manera inversa y moderada con A- Rasgo ( $r= 0.53, p < 0.01$ ) y A- Estado ( $r= 0.40, p < 0.05$ ).

No se encontraron correlaciones significativas entre los componentes del SOC y A- Estado.

Finalmente, mediante la prueba de Spearman se analizaron las correlaciones entre los constructos estudiados y las variables sociodemográficas y se encontró una correlación positiva moderada entre el Sentido de Coherencia y la referencia positiva acerca del apoyo que recibe la paciente “*sí me siento apoyada por otros*” solo en el grupo cuya edad es mayor o igual a 45 años (Tabla 3).

Tabla 3

*Correlación entre SOC y referencia positiva acerca del apoyo que recibe la paciente*

	SOC
Refiere sentirse apoyada por otros	.41*
N= 28	

\* $p < .05$

No se encontraron correlaciones significativas entre las variables médicas (estadío de enfermedad y tipo de tratamiento), variables sociodemográficas de edad, estado laboral, nivel de instrucción, lugar de procedencia, presencia de hijos, estado civil y las variables principales SOC, A- rasgo y A- estado.



## Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue describir la relación entre Ansiedad rasgo-estado y Sentido de Coherencia en una muestra de pacientes con cáncer de mama. En base a este objetivo, a continuación se discutirá la relación entre las variables A- Rasgo, A- Estado y SOC. Luego, se analizará la relación entre estas variables y las variables sociodemográficas. Para culminar, se discutirán las diferencias de medias en SOC, A- Rasgo y A- Estado según las variables sociodemográficas.

En primer lugar, se encontró una relación inversa entre Ansiedad estado y Sentido de Coherencia. Este resultado indica que las pacientes que presentan un mayor SOC tienden a reportar menos Ansiedad estado y viceversa. A partir de la bibliografía revisada y de acuerdo al Modelo Salutogénico, el cáncer de mama es un estresor en sí mismo pues implica la deficiencia de un Recurso General de Resistencia como es la pérdida de un adecuado estado físico (Antonovsky, 1979; Taylor, 2007). La carencia de este RGR se vincula con la ausencia o pérdida de otros recursos, que a su vez se convierten en estresores tales como: tratamientos e intervenciones quirúrgicas invasivas, posible desempleo, cambios en la dinámica familiar y de pareja (Barez, Blasco, Fernandez- Castro y Viladrich, 2007; Bulotiene, Furmonavicius, Ostapenko y Veseliunas, 2008; Dickson y Gaston, 2013; DuHamel y Mosher, 2012; Hernández, et al. 2012; Taylor, 2007). Estos factores de tipo médico y psicosocial se relacionan con la Ansiedad estado que experimentan las pacientes de la muestra estudiada, lo cual se respalda por investigaciones previas que evidencian la fuerte relación entre dichos factores y elevada ansiedad en mujeres que padecen cáncer de mama (Jacobsen, et al. 2010; Pérez, et al. 2013; Taylor, 2007). Por ejemplo, en el presente estudio, el 96% de las pacientes reporta estar desempleada.

Como se señala anteriormente, el Sentido de Coherencia es la capacidad que tiene el ser humano para manejar situaciones estresantes (Antonovsky, 1993). Así, la relación encontrada demuestra el rol amortiguador del SOC sobre el impacto negativo que tiene el cáncer de mama en el bienestar de las pacientes pues les provee de una mayor capacidad para percibir su mundo como predecible y manejable.

Este resultado se ve respaldado por otras investigaciones en pacientes con cáncer de mama, donde se encuentra una relación inversa entre Sentido de Coherencia y Ansiedad (Gerasimčik, Giedrė, Ostapenko y Pileckaitė, 2007; Gustavsson, et al. 2007). De la misma forma, se demuestra la capacidad protectora del SOC en la Ansiedad estado de muestras de pacientes que

enfrentan otras enfermedades crónicas, como, la diabetes o alteraciones cardiovasculares (Delgado, 2007; Motzer y Stewart, 1996; Poppius, 2007; Sandén-Eriksson, 2000).

En segundo lugar, se encontró una relación inversa entre Ansiedad rasgo y SOC, lo cual indica que puntuaciones bajas en Ansiedad rasgo predicen puntuaciones altas en SOC y viceversa. Como se señaló anteriormente, la Ansiedad rasgo es una disposición estable que tiende a moderar los niveles de Ansiedad estado (Spielberger, 1999). En otros estudios se relaciona la Ansiedad rasgo con otras manifestaciones de malestar emocional en pacientes con cáncer de mama; como por ejemplo, una visión catastrófica del futuro o mayor fatiga e intensificación de los efectos secundarios del tratamiento (Dekker, de Vries, Mertens, Roukema y van der Steeg, 2013). Ello plantea a la Ansiedad rasgo como una característica que predispone a las pacientes a experimentar mayor malestar emocional frente a las dificultades que deben enfrentar.

En esta línea, Antonovsky (1991) destaca que el SOC no es un rasgo de personalidad, más bien es una habilidad o una orientación disposicional generalizada y se diferencia de otras características personales. Por ello, el Sentido de Coherencia, al ser la capacidad para manejar el estrés, se relaciona de manera inversa con la Ansiedad rasgo.

Asimismo, Gorka, Hariri, Hyde y Manuck (2011) al estudiar la Ansiedad rasgo como una función de la reactividad de la amígdala relacionada a la amenaza, encontraron que la relación entre la Ansiedad rasgo y la reactividad de la amígdala estaba mediada por el soporte social percibido que reportaron los participantes. Una relación positiva entre ambas variables fue evidente en los participantes que reportaron niveles de soporte social por debajo del promedio, lo cual no ocurrió en aquellos con niveles iguales o superiores. Con ello, los autores proponen al soporte social como un factor que media la relación entre la expresión de la Ansiedad rasgo y la activación de la amígdala (Hyde, et al. 2011). Se sabe que el Soporte social es un Recurso General de Resistencia que forma parte de las bases del SOC (Antonovsky, 1987); entonces, este hallazgo refuerza el papel protector y mediador del Sentido de Coherencia sobre la Ansiedad rasgo.

Por tanto, el resultado encontrado y la bibliografía encontrada respaldan el rol amortiguador que cumple el Sentido de Coherencia en la Ansiedad rasgo (Hart, et al. 1991; Ekelin, et al. 2009).

En esta línea, el siguiente hallazgo plantea que solo en el grupo de mujeres cuya edad es mayor o igual a 45 años, el SOC se relacionó directamente con la referencia positiva que las pacientes hicieron acerca del soporte que reciben. En ella aceptan sentirse apoyadas ya sea por un familiar, su pareja o sus amigos.

Según el Modelo Salutogénico, el soporte constituye ser uno de los Recursos Generales de Resistencia externos más importantes para el desarrollo de un fuerte SOC (Antonovsky, 1987). En el caso de las pacientes que padecen cáncer de mama, el Soporte Social fortalece y promueve su Sentido de Coherencia pues disminuye la preocupación por el progreso de la enfermedad, así como los sentimientos de culpa y vergüenza, entre otros malestares (Jefte, Liu, Schootman y Waters, 2013; Kronfeld y Kulik, 2005). Dentro de estos beneficios que brinda el Soporte social, se encuentra menos ansiedad de muerte en pacientes oncológicos que cuentan con este recurso (Adelbratt y Strang, 2000; Gonen, et al. 2012; Jo, et al. 2012).

Cabe destacar que las mujeres que atraviesan la adultez media presentan mayor ansiedad de muerte que las menores; por ello, habría una mayor motivación por conseguir soporte social (Aamir, Aslam y Khawar, 2013).

Entonces, en este grupo de pacientes se encuentra que el soporte adquiere una mayor importancia para su bienestar pues sería un recurso significativo para promover su Sentido de Coherencia y con ello, mayor capacidad para percibir su mundo más predecible y manejable.

Por otro lado, aquellas personas que han desarrollado un fuerte SOC en la adultez joven, son capaces de extraer los Recursos Generales de Resistencia que están a su disposición durante la adultez media. Por ejemplo, Eriksson y Lindström (2005) a través de una revisión sistemática de 124 estudios sobre el SOC, concluyen que este tiende a incrementarse con la edad (Antonovsky, Nilsson y Shagy, 2010; 1986; Bezuidenhout y Cilliers, 2011).

A partir de la bibliografía encontrada, este resultado podría sugerir que el grupo de mujeres de edad igual o mayor a 45 años presentan un SOC más fuerte que aquellas menores y sería esta fortaleza la que les permite hacer uso de un recurso como el Soporte Social, lo cual se evidencia en la correlación encontrada.

De esta manera, el resultado hallado sugiere que las pacientes que atraviesan la adultez media presentan una mayor disposición para identificar y hacer uso del soporte que las rodea.

En cuarto lugar, se encontró que las pacientes cuya edad era igual o mayor a 45 años presentaron mayor Ansiedad estado que las menores. Ello plantea diferencias en las medias de Ansiedad estado según la etapa de vida que atraviesa cada grupo; siendo estas la Adultez joven y la Adultez media.

En el Perú, las mujeres atraviesan el proceso de la menopausia aproximadamente entre los 48 años y 60 años de edad (Del Castillo, 2011). En este sentido, es más probable que las pacientes que pertenecen a la adultez media (edad igual o mayor a 45 años) estén atravesando el proceso

de la menopausia y con ello experimentan cambios no solo en su estado físico sino también a nivel psicológico. Lo cual implica no solo la presencia de bochornos (Saucier, 2004; Zerbe, 2003), sino también cambios en el estado de ánimo como irritabilidad, agresividad, ansiedad, agitación, dificultad para concentrarse, tensión, fatiga (The Scott Hamilton CARES Initiative, 2013; Saucier, 2004; Zerbe, 2003; Fitzpatrick, 2004). Cabe resaltar que en la escala de Ansiedad estado, los ítems: *“estoy tenso”, “me siento alterado”, “me siento descansado”, “me siento ansioso”, “me siento agitado”*, de alguna manera reflejan los síntomas anteriormente mencionados; por tanto son más sensibles a una mayor puntuación por parte de las participantes que pertenecen a la adultez media.

Desde el Modelo Salutogénico de Antonovsky (1993), estos síntomas de tensión, ansiedad, irritabilidad o falta de concentración reflejan el debilitamiento de algunos Recursos generales de resistencia propios del área física y bioquímica de la paciente. Convirtiéndose entonces, en estresores que las pacientes de edad mayor o igual a 45 años tienen que manejar, a diferencia de las más jóvenes.

Asimismo, durante la Adultez media, las personas se enfrentan a las tareas vitales de consolidar sus roles y sus relaciones interpersonales, que constituyen ser un factor importante para su desarrollo y bienestar físico, mental y social (Eriksson, 2000; Santrock, 2006). Sin embargo, en el contexto de una enfermedad oncológica como el cáncer de mama, las pacientes presentan grandes dificultades para llevar a cabo estas tareas propias de su etapa de vida, lo cual genera mayor malestar emocional, como la ansiedad (Cabrera y Ferraz, 2011; Helson y Soto, 2005). Factores como el diagnóstico, tratamiento y sus consecuencias implican un desafío pues buscan consolidar su identidad en los principales roles de madre, esposa y trabajadora (Eriksson, 2000; Helson y Soto, 2005; Santrock, 2006).

Por ejemplo, del total de mujeres que pertenecen a la adultez media, solo una paciente reporta estar laborando mientras que el resto refiere haber dejado su empleo. Además, más de la mitad tiene hijos, lo cual es considerado un factor que genera mayor ansiedad en el contexto de una enfermedad oncológica como el cáncer de mama (Almeida y Horn, 2004; Ornelas, Sánchez y Tufiño, 2011)

Ello demuestra las dificultades que enfrentan las pacientes para consolidar su identidad laboral. Además, la ausencia de empleo significa la deficiencia de un RGR y con ello, el debilitamiento del Sentido de Coherencia de estas pacientes (Antonovsky, 1993; Bulotiene, Ostapenko y Veseliunas, 2008).

Resulta relevante mencionar que la adultez media es una etapa donde las personas toman mayor consciencia de los cambios físicos que marcan el proceso del envejecimiento y con ello, una mayor consciencia del paso del tiempo y mayor reevaluación del pasado (Santrock, 2006). Es decir, durante esta etapa las pacientes se enfrentan a la posibilidad de no poder cumplir todos sus propósitos antes de morir y deben lidiar con la realidad de muerte (Cavanaugh y Kail, 2006).

Si bien la preocupación por la muerte puede estar presente en todos, jóvenes y mayores, tiende a presentarse con mayor frecuencia e intensidad en la adultez media en población sana (Roy, 2008) como en pacientes que padecen enfermedades crónicas (Wu, 2002). A pesar de no haber resultados consistentes, algunas investigaciones encuentran una relación positiva entre la edad y la ansiedad relacionada a la muerte (Akram y Suhaily, 2002; Roy, 2008). Entonces, la ansiedad de muerte que pueden experimentar las mujeres en la adultez media, puede intensificarse cuando se enfrentan a una situación de enfermedad crónica como es el cáncer de mama. La cual activa una ansiedad que pudo haber estado oculta a lo largo de la vida de la persona (Adelbratt y Strang, 2000).

En este contexto se destaca que Antonovsky (1992) propuso a 4 áreas vitales de una persona que son significativas para el fortalecimiento del Sentido de coherencia, siendo una de ellas la “esfera existencial”, que abarca las experiencias vinculadas al enfrentamiento de la propia muerte. El autor destaca que la inestabilidad, poca manejabilidad y significatividad de una o más de estas esferas vitales puede afectar el fortalecimiento del SOC (Antonovsky, 1992).

A partir de la bibliografía revisada, la preocupación que experimentan estas mujeres por su propia muerte puede ser más intensa que en otros grupos pues las experiencias que conforman su esfera existencial se caracterizan por su inestabilidad y poca predictibilidad (Adelbratt y Strang, 2000; Cavanaugh y Kail, 2006). Así, es comprensible que se haya encontrado una correlación inversa entre el componente de Comprensibilidad y la Ansiedad estado únicamente en las pacientes que cursan la adultez media. Con ello se destaca la importancia de la capacidad para percibir los eventos como predecibles y estructurados sobre todo en la adultez media, una etapa caracterizada por la presencia y afronte de estas circunstancias mayormente percibidas como inconsistentes e inestables (Adelbratt y Strang, 2000; Akram y Suhail, 2002; Roy, 2008).

Por lo tanto, se verifica que la mayor Ansiedad estado encontrada en este grupo de pacientes se relaciona a la vivencia de determinadas experiencias que forman parte de la etapa vital que atraviesan.

En quinto lugar, se halló mayor Ansiedad estado en las pacientes que provienen de provincia. Resultados similares se encuentran en otros estudios donde aquellos pacientes que vivían en zonas rurales presentaban mayor malestar emocional y físico a diferencia de aquellos que residían en zonas urbanas (Anderson, Meischke y Wilson citados por Lyons y Shelton, 2004; Swanson, 1996).

En el Perú, existen 5 institutos regionales especializados en enfermedades oncológicas y el más completo es el de Lima (MINSa, 2012); así, para recibir un tratamiento adecuado las pacientes que viven en provincias deben viajar a la capital para tratar su enfermedad. Por ello, la paciente no solo debe enfrentar y manejar la pérdida de su salud, sino también se enfrenta a un contexto nuevo y poco familiar (Chin, DeMarinis y Fritz, 2008).

En este sentido, desde el Modelo Salutogénico, la migración implica la pérdida o debilitamiento de Recursos Generales de Resistencia como el soporte social (Lyons y Shelton, 2004), la estabilidad económica (Humble y Slater, 2011; MINSa, 2012), el acceso a un empleo y residencia estables (Schoevers, et al., 2009). Por ejemplo, en el presente estudio, del total de 25 pacientes inmigrantes, 21 residen en casa de otras personas, 3 viven en un albergue y una refiere no tener un lugar donde vivir; es decir, ninguna tiene un lugar de residencia estable.

A ello se agrega la deficiencia de otros RGRs como la pérdida de un estilo de vida saludable pues las personas que se movilizan de una zona rural a una urbana tienden a adoptar un estilo de vida menos saludable (Agudelo, 2010). Así como dificultades en la comunicación relacionados con el idioma y las diferencias etnoculturales (Bahney, Derose, Escarce y Lurie, 2009; Dekker, Geertzen, Scheppers y van Dongen, 2006; Granel, 2008; Patiño y Rivers, 2006).

Estas circunstancias de vida caracterizadas por su inconsistencia, inestabilidad y amenaza no promueven el fortalecimiento del Sentido de Coherencia de las pacientes que migran (Antonovsky, 1987), volviéndose en una población vulnerable y ello se refleja en la mayor Ansiedad estado que se reporta (Dahlgren y Whitehead, 1991; Hernández, et al. 2009; Hill et al., 2011; Lueboonthavatchai, 2007).

En sexto lugar, se halló que la relación entre el Sentido de Coherencia y A- Rasgo es más fuerte que su relación con A- Estado. Este resultado se refuerza con haberse encontrado correlaciones inversas solo entre Ansiedad rasgo y los tres componentes del SOC.

Cabe destacar que ambos constructos, el SOC y A- Rasgo, comparten características similares respecto a su desarrollo y son estables a través del tiempo (Carmel, 1989), a diferencia de la Ansiedad estado que es una condición emocional transitoria (Spielberger, 1975).

En este sentido, las bases del Sentido de Coherencia se construyen a partir de determinadas experiencias con las condiciones sociales y económicas, con el contexto cultural y familiar del infante y adolescente, entre otros. A ello se agregan estudios que proponen a la adolescencia como una etapa crucial para explorar tanto los orígenes como el desarrollo del SOC (Abel, Jitse, Madarasova, Reijneveld y van Dijk, 2010; Hanestad, Natvig y Samdal, 2006; Kristensson y Öhlund, 2005).

De la misma manera, la Ansiedad rasgo es una disposición cuyas bases se forman en la infancia temprana y adolescencia (Xin, et al. 2012). Además, destacan las condiciones sociales y económicas como factores que influyen en la formación de este rasgo (Twenge citado por Xin, et al. 2012).

Estas características de desarrollo compartidas por ambos constructos pueden explicar que la relación hallada entre el Sentido de coherencia y Ansiedad rasgo sea más fuerte que su relación con Ansiedad estado. Lo cual también explicaría el que solo se haya encontrado correlaciones entre los componentes del SOC y la Ansiedad rasgo.

Por último, se encontró que la Ansiedad rasgo es mayor que la Ansiedad estado. Pacheco, et al. (2010) hallaron que los participantes con alta Ansiedad rasgo tenían un déficit en el funcionamiento de la red de control cognitivo, encargada de la resolución de conflictos, control voluntario de la acción y de la elaboración de planes. Este hallazgo sugiere una posible manera de cómo las pacientes de esta muestra tienden a procesar la información del ambiente que las rodea, lo cual se relaciona con el déficit de un RGR denominado "evaluativo" (Antonovsky, 1993).

Por otro lado, este resultado daría cuenta de una personalidad premórbida presente en las participantes. Aunque no se encuentren resultados consistentes, existe evidencia que demuestra la relación entre determinados rasgos de personalidad y una mayor vulnerabilidad para desarrollar enfermedades crónicas (Branon y Feist, 2011, Taylor, 2007) pues la predisposición a experimentar Ansiedad estado puede impactar de manera negativa en su Sistema inmunológico, volviéndolo incapaz de luchar contra infecciones y enfermedades como un cáncer (Friedman, et al. 2007; Miller y Segerstrom, 2004; Stein, et al. 1988). Además, un Sistema inmunológico debilitado es un factor de riesgo para la aparición y avance del cáncer pues el cuerpo se vuelve incapaz de identificar las células cancerígenas y eliminarlas (Dziveniu, et al. 2003). En este sentido, el resultado hallado pone en relieve a la Ansiedad rasgo como una característica principal de la muestra estudiada, la cual da cuenta de una mayor predisposición a evaluar las situaciones como amenazantes y a experimentar Ansiedad estado en distintas situaciones.

El presente estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, los atributos de las variables sociodemográficas como estado clínico, hijos, soporte, nivel de instrucción y estado laboral no cuentan con muestras de igual o similar tamaño. La diferencia significativa entre estas no favorece un análisis más profundo sobre las diferencias de medias encontradas en los constructos de SOC y Ansiedad rasgo- estado según estas variables sociodemográficas.

Asimismo, durante la aplicación de las pruebas, el malestar físico de las pacientes (dolor físico y náuseas) fue un estado recurrente, lo cual demandó un recojo de información particular para algunas pacientes (la entrevistadora es quien leyó cada ítem al paciente y es quien anotaba las respuestas que le dictaba). Así, no se pudo realizar un proceso estandarizado de recolección de datos.

Por las limitaciones de la institución hospitalaria (horarios determinados para recojo de información) y las características de la muestra (pacientes adoloridas, con elevado malestar físico y emocional), se consiguió una muestra de 51 participantes. Un mayor tamaño hubiera favorecido no solo la variabilidad de datos sino también un mayor equilibrio entre las muestras de cada atributo. En relación a ello, estos resultados no podrían ser generalizados hacia otro tipo de muestras.

Por último, este tipo de estudio no brinda la direccionalidad de los constructos estudiados: Ansiedad rasgo, Ansiedad estado y Sentido de Coherencia. Así, no se puede determinar qué variable explica a la otra variable o cuánto explica una a la otra.

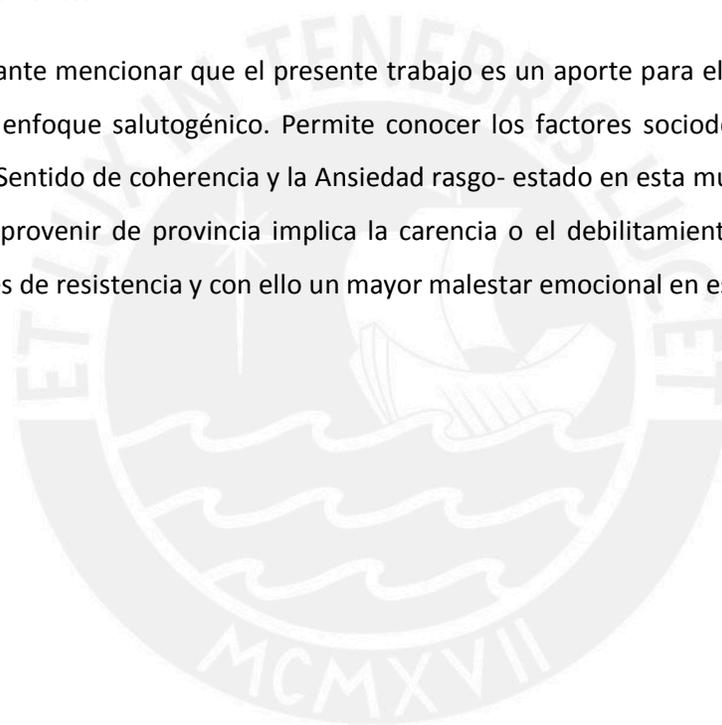
Frente a estas limitaciones, se recomienda ampliar el tamaño de muestra para obtener muestras de tamaño similar en cada atributo de las variables sociodemográficas. Ello permitiría una interpretación más sólida y real de los resultados. Asimismo, un mayor tamaño de muestra permitiría hacer análisis de regresión, lo cual ayudará a identificar la direccionalidad de las relaciones halladas. Sin embargo, si bien es una muestra diversa, esta diversidad es la base para el desarrollo de investigaciones más específicas.

Asimismo, se recomienda tomar en consideración el tipo de medicamentos que las pacientes reciben como parte de su tratamiento de quimioterapia. Ello permitiría conocer su influencia sobre el sistema neural y sobre su estado emocional. Facilitaría el desarrollo de datos más sólidos para aceptar o rechazar la influencia de la quimioterapia sobre la Ansiedad estado de estas pacientes.

Se recomienda que en el futuro, se considere si las pacientes cuentan o no con un Seguro Integral de Salud (SIS). Lo cual podría ser considerado como otra variable sociodemográfica; con ello estudiar su relación con el Sentido de coherencia y la Ansiedad rasgo- estado.

Por otro lado, este estudio amplía un conocimiento más profundo acerca de las características de personalidad de esta muestra en particular. Por ejemplo, haber encontrado que las pacientes presentan mayor Ansiedad rasgo que estado, es un aporte al estudio de la relación entre el cáncer y determinados patrones de conducta en las pacientes. Lo cual brinda mayores herramientas para el desarrollo de programas, intervenciones e investigaciones que favorezcan el bienestar de los pacientes.

Es importante mencionar que el presente trabajo es un aporte para el estudio de la salud mental desde un enfoque salutogénico. Permite conocer los factores sociodemográficos que se relacionan con el Sentido de coherencia y la Ansiedad rasgo- estado en esta muestra. Por ejemplo, encontrar que el provenir de provincia implica la carencia o el debilitamiento de determinados Recursos generales de resistencia y con ello un mayor malestar emocional en estas pacientes.



## Referencias bibliográficas

- Adelbratt, S. y Strang, P. (2000) Death anxiety in brain tumor patients and their spouses  
*Palliat Med.* 14, p. 499-507.
- 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.
- Antonovsky, A. (1979) *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987) *The "Sense of coherence concept"* En Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Antonovsky, A (1993). *The structure and properties of the sense of coherence scale*. *Soc. Science Medicine*. 36, (6), 725-733
- Badura, K., Matysiakiewicz, J., Piegza, M., Rycerski, W. y Hese, R. (2008) Sense of coherence in patients after limb amputation and in patients after spine surgery. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12(1), 41- 47. doi: 10.1080/13651500701435947
- Baider, L., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Wygoda, M. y Peretz, T. (2003) Is perceived family support a relevant variable in psychological distress?. A sample of prostate and breast cancer couples. *J Psychosom Res*, 55(5), p. 453-460.
- Báez M., Blasco T., Fernández-Castro J. y Viladrich C. (2007) A structural model of the relationships between perceived control and adaptation to illness in women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol.*, 25(1), p. 21-43.
- Barroilhet, S., Forjaz, M. y Garrido, E. (2005) Concepts, theories and psychosocial factors in cancer adaptation. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(6), p. 390-7.
- Bathelsson C., Nordström G. y Norberg A. (2011) Sense of coherence and other predictors of pain and health following laparoscopic cholecystectomy. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 143–150. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00804.x
- Bailey Jr, D. E., Chipman, J., Psutka, S. P., Hardy, J., y Hembroff, L. (2013) Uncertainty and perception of danger among patients undergoing treatment for prostate cancer. *BJU Int*. 84- 91. doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11439.x. Epub 2012 Sep 18.

- Bleiker, E., Leer, J., Pouwer, F., Van der Ploeg, H., y Ader, H. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*, 40(3), 209–217.
- Blasco, T.; Alonso, C.; Pallarés, C. y López J. (2000) The Role of Anxiety and Adaptation to Illness in the Intensity of Postchemotherapy Nausea in Cancer Patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 1 (3), p. 47-52.
- Brusial, K., Dennery, K. y Dileo C. (1999) The Sense of Coherence in Hospitalized Cardiac and Cancer Patients. *J Holist Nurs.*, 26(4), p. 286-94.
- Bulotiene, G., Veseliunas, J. y Ostapenko V. (2008) Tadas Furmonavicius Women with breast cancer: relationships between social factors involving anxiety and depression *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, p. 57–62.
- Butow, P., Aldridge, L., Bell, M., Sze, M., Eisenbruch, M., Jefford, M., Schofield, P., Girgis, A., King, M., Duggal-Beri, P., McGrane, J. y Goldstein, D. (2013) Inferior health-related quality of life and psychological well-being in immigrant cancer survivors: A population-based study. *Eur J Cancer*, 49(8), p. 1948-1956. doi: 10.1016/j.ejca.2013.01.011
- Cabrera A. y Ferraz, R. (2011) Impacto del cáncer en la dinámica familiar. *Revista biomedicina*, 4(1), p. 42- 48.
- Cameron, L. y Love, R. (1998) Trait anxiety, symptom perceptions, and illness-related responses among women with breast cancer in remission during a tamoxifen clinical trial, *Health Psychology*, 17(5), 459-469. doi: 10.1037/0278-6133.17.5.459.
- Campos, R., Besser, A., Ferreira, R. y Blatt, S. (2012) Self-criticism, neediness, and distress among women undergoing treatment for breast cancer: A preliminary test of the moderating role of adjustment to illness. *International Journal of Stress Management*, 19 (2), 151-174. doi: 10.1037/a0027996
- Canicali, C., Rodrigues, L., Goncalves, N., Andrade, P., Marabotti, F. y Costa, M. (2012) La ansiedad en mujeres con cáncer de mama. *Enfermería global*, 11 (4).
- Cano A. (2005) Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y Cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2 (1), p. 71-80.
- Carmel, S. y Bernstein, J. (1989) Trait-anxiety and sense of coherence: a longitudinal study. *Psychol Rep.*, 65(1), p. 221-2.

- Carpenter, K., Fowler, J., Maxwell, G. y Andersen, B. (2010) Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors. *BehavMed.*, 39(1), p. 79-90. doi: 10.1007/s12160-010-9160-1.
- Castillo, A. (2011, Abril 17). Llegada la menopausia, ¿cómo comenzar de nuevo?. *El Comercio*. Obtenido de <http://elcomercio.pe/lima/sucesos/llegada-menopausia-como-comenzar-nuevo-noticia-744261>
- Chacón, M. y Grau, J. (1997) Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Rev Cubana Oncol*, 13(2), p. 118-125
- Cheung Y., Lee H. y Chan A. (2013) Exploring clinical determinants and anxiety symptom domains among Asian breast cancer patients. *Support Care Cancer*.
- Dahlgren, G., y Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute of Futures Studies.
- Dekker, C., de Vries, J., Mertens, M., Roukema, J. y van der Steeg, A. (2013) Cancer or no Cancer: The Influence of Trait Anxiety and Diagnosis on Quality of Life With Breast Cancer and Benign Disease: A prospective, Longitudinal Study. *World J Surg*, 37(9), p. 2140-2147. doi: 10.1007/s00268-013-2088-4.
- Delgado, C. (2007), Sense of Coherence, Spirituality, Stress and Quality of Life in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 39, p. 229–234. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00173.x
- Derose, P., Bahney B., Lurie, N. y Escarce, J. (2009) Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost. *Med Care Res Rev*, 66 (4), p. 355-408. doi: 10.1177/1077558708330425.
- Ekelin, M., Crang, E., Larsson, A., Nyberg, P., Marsál, K. y Dykes, A. (2009) Parental expectations, experiences and reactions, sense of coherence and grade of anxiety related to routine ultrasound examination with normal findings during pregnancy. *PrenatDiagn.*, 29(10), p. 952-959. doi: 10.1002/pd.2324.
- Eriksson, M. y Lindström, B. (2005 y 2006). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Epidemiological Community Health*, 59, 460–466.
- [Esch, L.](#), Roukema, J., Steeg, A., [Vries, J.](#) (2011). Trait anxiety predicts disease-specific health status in early-stage breast cancer patients. *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, 20 (6), 865-873.

- Feldt, T., Lintula, H., Suominen, S., Koskenvuo, M., Vahtera, J., Kivimäki, M. (2006) Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale. *Qual Life Res.* 16, p. 483-493.
- Fritz, M., Chin, D. y DeMarinis, V. (2008). Stressors, anxiety, acculturation and adjustment among international and North American students. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 244 – 259
- Gamarra, C., Paz, E. y Griep R. (2009) Social Support and Cervical and Breast Cancer Screening in Argentinean Women From a Rural Population. *Public Health Nursing*, 26(3), p.269. doi: 10.1111/j.1525-1446.2009.00779.x.
- Gany, F., Ramirez, J., Chen, S. y Leng, J. (2011) Targeting Social and Economic Correlates of Cancer Treatment Appointment Keeping among Immigrant Chinese Patients. *J Urban Health*, 88(1), p. 98–103. doi: 10.1007/s11524-010-9512-y.
- Gerasimčik, V., Pileckaitė, M., Giedrė, M. y Ostapenko, V. (2009) Relationship between sense of coherence and quality of life in early stage breast cancer patients. *Acta Medica Lituanica*, 16 (3), p. 139–144. doi: 10.2478/v10140-009-0020-x.
- Gonen, G., Kaymak, S., Cankurtaran, E., Karslioglu, E., Ozalp E. y Soygur, H. (2012) The factors contributing to death anxiety in cancer patients. *J Psychosoc Oncol*, 30, p. 347-58.
- Gradstein, M., y Schiff, M. (2006). The political economy of social exclusion, with implications for immigration policy. *Journal of Population Economics*, 19(2), p. 327-344.
- Granel, L. (2008). El desarraigo y duelo migratorio en la experiencia de la migración. (Tesis inédita de maestría). PUCP, Lima.
- Gustavsson, M., Julkunen, J., Keskivaara, P. y Hietanen P. (2007) Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology*, 116, 1100-1110. doi: 10.1002/pon.1173
- [Hart](#), K., [Hittner](#), J. y [Paras](#) K. (1991). Sense of coherence, trait anxiety, and the perceived availability of social support . *Journal of Research in Personality*, 25, p. 137–145.
- Hernández, M., Cruzado, J., Prado, J., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M., y Martín, J. (2012) Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9 (2), p. 299-316.
- Henselmans, I., Seltman, H., Sanderman, R., Ranchor, A. (2010) Identification and prediction of trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis, *Health Psychology*, 29 (2), 160- 168. doi: 10.1037/a0017806.

- Herndon, J., Kornblith, A. y Holland, J. (2013) Effect of socioeconomic status as measured by education level on survival in breast cancer clinical trials. *Psycho-Oncology*, 22 (2), p. 315-323.
- Hill, J., Holcombe, C., Clark, L., Boothby, M., Hincks, A., Fisher, J., Tufail, S. y Salmon, P.(2011) Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer.*Psychological Medicine*, 41(7), p.1429-1436.
- Hung Y., Liu C., Tsai C., Hung M., Tzeng C., Liu C.y Chen T. (2013) Incidence and risk of mood disorders in patients with breast cancers in Taiwan: a nationwide population-based study. *Psychooncology*.doi: 10.1002/pon.3277
- Hyde, L., Gorka, A., Manuck, S. y Hariri, A. (2011) Perceived Social Support Moderates the Link between Threat-Related Amygdala Reactivity and Trait Anxiety. *Neuropsychologia*, 49(4), p. 651–656.
- INEN (2006). *Estadísticas-Datos Epidemiológicos* [En red] Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/intranet/estadepidemiologicos.htm>. 09/05/10
- Instituto Nacional del cáncer (2013). *Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento*. (Actualizado el 29 de Marzo del 2013). Retirado de [http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos apoyo/adaptacion/HealthProfessional](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos/apoyo/adaptacion/HealthProfessional)
- Jacobsen, R., Moldrup, C., Christrup, L., Sjogren, P. y Hansen, O. (2010) Psychological and behavioural predictors of pain management outcomes in patients with cancer.*Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, p. 781–790.doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00776.x
- Jo, K. y Song, B. (2012) Effect of family cohesion, subjective happiness and other factors on death anxiety in Korean elders. *J Korean Acad Nurs*, 42, 680-688.
- Kail, R. y Cavanaugh J. (2006) *Desarrollo humano: una perspectiva del ciclo vital*. México, D.F.: Thomson.
- Kang S. y Bloom J. (1993) Social support and cancer screening among older black Americans.*Cancer Inst.* 85(9), p. 737-42.
- [Karlsson, I.](#), [Berglin, E.](#) y [Larsson, P.](#) (2000) Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery-a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (6), 1383-1392.

- Khawar, M., Aslam, N. y Aamir S. (2013) Perceived Social Support and Death Anxiety Among Patients with Chronic Diseases Pak. *J Med Res.*, 52(3), p. 75- 79.
- Kolva, E., Rosenfeld, B., Pessin, H., Breitbart, W. y Brescia, R. (2011) Anxiety in Terminally Ill Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage*, 42(5), p. 691–701.
- Kenne, E., Persson, L., Browall, M., Fall-Dickson, J. y Gaston, F. (2013) Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 22(1), p. 20-7.
- Kenne, E., Ohlén, J., Jonsson T. y Gaston-Johansson F. (2007) Coping with recurrent breast cancer: predictors of distressing symptoms and health-related quality of life. *J Pain Symptom Manage*, 34(1), p. 24-39
- Kennedy, P., Lude M., Elfström L. y Smithson E. (2010) Sense of coherence and psychological outcomes in people with spinal cord injury: Appraisals and behavioural responses. *British Journal of Health Psychology*, 5, p. 611 -621. doi: 10.1348/135910709X478222.
- Kristensson, P. y Öhlund, L. (2005). Swedish upper secondary school pupils' sense of coherence, coping resources and aggressiveness in relation to educational track and performance. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19, p. 7-84.
- Krishnasamy, (1996) Social support and the patient with cancer: a consideration of the literature. *Journal of advanced nursing*, 23(4), p.757-762
- Kulik, L. y Kronfeld, M. (2005) Adjustment to breast cancer: the contribution of resources and causal attributions regarding the illness. *Soc Work Health Care*, 41(2), 37-57.
- Lazarus, R. y Averill, J. (1972). Emotion and Cognition. En C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp. 241-283). New York, N.Y., E.E.U.U.: Academic Press
- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai*, 90, p. 2164-74
- Lustig, D. (2005) The Adjustment Process for Individuals With Spinal Cord Injury: The Effect of perceived Premorbid Sense of Coherence. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48 (3), 146- 156.

- Lyons, M. y Shelton, M. (2004) Psychosocial impact of cancer in Low-income rural/urban women: phase II. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 4 (2).
- Madarasova, A., Jitse, P., van Dijk, J., Abel, T. yReijneveld, S. (2010) Factors associated with educational aspirations among adolescents: cues to counteract socioeconomic differences? *Public Health*, 10(154).doi:10.1186/1471-2458-10-154.
- Mallinckrodt, B., Armer, J. y Heppner, P. (2012) Threshold Model of Social Support, Adjustment, and Distress After Breast Cancer Treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), p.150-160.
- Menopause y Chemotherapy (diciembre, 2014). Recuperado de <http://chemocare.com/chemotherapy/side-effects/menopausechemotherapy.aspx#.UvFTLPtWq8B>
- Ministerio de Salud (2010) *El cáncer se previene y se puede curar si se detecta a tiempo.* Retirado de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/cancer/default.asp>
- Ministerio de salud (MINSA) (2012). Plan Esperanza. Plan Nacional para la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a servicios oncológicos en el Perú DS009-2012
- Mosher, C. y DuHamel, K. (2012) An examination of distress, sleep, and fatigue in metastatic breast cancer patients, *Psycho-Oncology*, 21 (1), 100- 107. doi: 10.1002/pon.1873.
- Motzer, S. y Stewart, B. (1996) Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. *Res. Nurs. Health*, 19, p. 287–298.
- Natvig, G., Hanestad, B. y Samdal, O. (2006). The role of the student: Salutogenic o pathogenic? *International Journal of Nursing Practice*, 12, p. 280-287.
- Odigie V., Tanaka R., Yusufu L., Gomna A., Odigie E., Dawotola D. y Margaritoni M. (2010) Psychosocial effects of mastectomy on married African women in Northwestern Nigeria. *Psycho-Oncology*, 19, p. 893–897. doi: 10.1002/pon.1675
- Ogce, F. y Ozkan, S. (2007) Psychosocial stressors, social support and socio-demographic variables as determinants of quality of life of Turkish breast cancer patients *Asian Pac J Cancer Prev*, 8 (1), p. 77-82.

- O'Neill, S., DeMarco, T., Peshkin, B., Rogers, S., Rispoli, J., Brown, K., Valdimarsdottir, H. y Schwartz, M. (2006) Tolerance for uncertainty and perceived risk among women receiving uninformative BRCA1/2 test results. *A m. J. Med. Genet.*, p. 251–259. doi: 10.1002/ajmg.c.30104
- Organización Mundial de la Salud (1948). WHO Definition of Health. Recuperado de <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Ozalp, G., Sarioglu, R., Tuncel, G., Aslan, K. y Kadiogullari, N. (2003). Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiol Scand*, 47(1), p. 26-9.
- Pacheco-Unguetti, P., Acosta, A., Callejas, A., y Lupiáñez, J. (2010). Attention and anxiety: Different attentional functioning under state and trait anxiety. *Psychological Science*. doi: 10.1177/0956797609359624
- Pennebaker J. (2000) Psychological factors influencing the reporting of physical Symptoms
- Pérez, M., Fernández, E., Martín A., Borda, M. y Rincón, M. (2013) A Quality of Life in Women Following Various Surgeries of Body Manipulation: Organ Transplantation, Mastectomy, and Breast Reconstruction. *J Clin Psychol Med Settings*, 11 (4).
- Ponto, J., Ellington, L., Mellon, S. y Beck, S. (2010) Predictors of adjustment and growth in women with recurrent ovarian cancer. *Oncol Nurs Forum*, 37(3), p. 357-64. doi: 10.1188/10.ONF.357-364.
- Ppopius, E. (2007) The effects of the sense of coherence on risk of coronary heart disease, cancer, injuries, and all causes mortality. *Academic disertacion. University of Tampere*, p: 1- 83.
- Rabin, C., Ward, S., Leventhal, H., Schmitz, M. (2001). Explaining retrospective reports of symptoms in patients undergoing chemotherapy: Anxiety, initial symptom experience, and posttreatment symptoms. *Health Psychology*, 20(2), p. 91-98. doi: 10.1037/0278-6133.20.2.91
- Rivers, P., y Patiño, F. (2006). Barriers to health care access for Latino immigrants in the USA. *Int J Soc Econ*, 23(3), 207-220.

- Robles, R., Morales, M., Jiménez, J., Morales, J. (2007). Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. *Salud pública*, 49
- Robles, R.; Morales, M., Jiménez, J. y Morales, J. (2009) Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 1(6), p. 191-201
- Sandén-Eriksson, B. (2000). Coping with type-2 diabetes: the role of Sense of Coherence compared with active management. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1393–1397. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01410.x.
- Santavirta, N., Bjorvell, H., Konttinen, Y., Solovieva, S., Pousse, M. y Santavirta, S. (1996) Sense of coherence and outcome of lowback surgery: 5-years follow up of 80 patients. *EurSpine* 5 (4).
- Santrock , J. (2006) *Psicología del desarrollo : el ciclo vital*. Madrid: McGraw-Hill
- Sardu, C., Mereu A., Sotgiu A., Andrissi A., Jacobson M. y Contu P. (2012) Antonovsky's Sense of Coherence Scale: Cultural Validation of Soc Questionnaire and Socio- Demographic Patterns in an Italian Population. *Clinical Practice y Epidemiology in Mental Health*, 8, p. 1-6
- Segrin, C., Badger, T., Dorros, S., Meek, P. y Lopez, A. (2007) Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners. *Psychooncology*, 16(7), p. 634-643.
- Sharpley, C. y Christie, D. (2007) 'How I was then and how I am now': current and retrospective self-reports of anxiety and depression in Australian women with breast cancer. *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, 16(8), 752-762.
- Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., y Geertzen, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract*, 23(3), 325-348.
- Schoevers, M. A., van den Muijsenbergh, M. E., y Lagro-Janssen, A. L. (2009). Self-rated health and health problems of undocumented immigrant women in the Netherlands: a descriptive study. *J Public Health Policy*, 30(4), p. 409-422.

- [Siglen, E.](#), Bjorvatn, C., Engebretsen, L., [Berglund, G.](#) y [Natvig, K.](#) (2007). The influence of cancer- related distress and sense of coherence on anxiety and depression in patients with hereditary cancer: a study of patients' sense of coherence 6 months after genetic counseling. *Nursing Science* 16(5), 607-15.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C. D. Spielberger (Ed.) *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp. 23-49). New York, N.Y., E.E.U.U.: Academic Press.
- Spielberger, C. D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado. México: El Manual Moderno.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, C.A., EE.UU.: Consulting Psychologists Press
- Stiefel, F. y Razavi, D. (1994) Common Psychiatric Disorders in Cancer Patients. Anxiety and Acute Confusional States. *Support Care Cancer* 2, 233-237.
- Swanson, L.L. (1996). Racial/ethnic minorities in rural areas. Progress and stagnation, 1980-1990 (AER-731). Washington, DC: US Department of Agriculture.
- Taylor, S. (2007) *Psicología de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Suhail, K. y Akram, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies*, 26, p. 39-50.
- Tiedtke, C., de Rijk, A., Dierckx, B., Christiaens M. y Donceel M. (2010) Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: a literature review . *Psycho-Oncology*, 20, p. 805–812. doi: 10.1002/pon.1797 Cancer as the cause of changes in work situation M.
- Travado, L., Ventura, C. y Martins, C. (2006) Sense of coherence and psychosocial morbidity - A comparative study with breast cancer patients. *Psycho- oncology*, 15 (2), 435- 436.
- Turner, J., Kelly, B., Swanson, C., Allison, R. y Wetzige N. (2005) Psychosocial impact of newly diagnosed advanced breast cancer . *Psycho-Oncology*, 14, p. 396–407. doi: 10.1002/pon.85
- Vahdaninia, M., Omidvari, S. y Montazeri, A. (2010) What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Iranian Institute for Health Sciences Research*, ;45(3), p.355-61. doi: 10.1007/s00127-009-0068-7.

- Vogel, I., Miksch, A., Goetz, K., Ose, D., Szecsenyi, J. y Freund, T. (2012) The impact of perceived social support and sense of coherence on health-related quality of life in multimorbid primary care patients.
- Waters, E., Liu, Y., Schootman, M. yJefte, D. (2013) Worry About cancer progression and Low Perceived Social Support: Implications for Quality of Life Among Early-Stage Breast Cancer Patients. *Annals of Behavioral Medicine*, Vol. 45 (1), p. 57-68. doi: 10.1007/s12160-012-9406-1
- Wilson, S., Anderson, M., y Meischke, H. (2000).Meeting the needs of rural breast cancer survivors: What still needs to be done? *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 9, p. 667-677.
- Xin, Z., Niu, J., Chi L. (2012) Birth cohort changes in Chinese adolescents' mental health *Int J Psychol.*, 47(4), p. 287-95. doi: 10.1080/00207594.2011.626048.
- Yeo, W., Kwan, W., Teo, P., Nip, P., Wong, E. yHin, L. (2004) Psychosocial Impact Of Breast Cancer Surgeries In Chinese Patients And Their Spouses. *Psycho-Oncology*, 13, 132–139. doi:0.1002/pon.777
- Yeung, M., So, W., Marsh, G., Ling, W., Leung, F., Lo, J. y Li, G. (2009). Anxiety, depression and Quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*.doi:10.1016/j.ejon.2009.07.005.
- Wu AMS, Tang CSK, Kwok TCY. Death anxiety among Chinese elderly people in Hong Kong. *J Aging Health*, 14, 42-56.



## Anexo A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de estudio: Sentido de Coherencia y Ansiedad Rasgo- Estado en una muestra de pacientes con cáncer de mama.

Autor: Blanca Torres Román

Asesor: Juan Carlos Saravia Drago

---

Soy estudiante de la Pontificia Universidad Católica del Perú y deseo invitarla a participar en un estudio de investigación. En este, se le hará una encuesta sobre distintos aspectos de su vida. Asimismo, se le preguntará sobre qué piensa y cómo se siente en relación a dicho aspectos.

### ¿Cuál es el propósito de este estudio?

Conocer su habilidad para enfrentar y manejar situaciones que le podrían hacer sentir tenso. Asimismo, conocer qué piensa y siente cuando se enfrenta a este tipo de situaciones.

### ¿En qué consiste mi participación?

Si usted decide participar tendrá que responder una serie de preguntas que el investigador le entregará en un formulario y tomarán un tiempo entre 15-20 minutos. Su participación es voluntaria y usted puede dejar de participar si en algún momento lo desea. Toda su información será totalmente confidencial y no serán revelados sus datos personales. Los datos serán analizados de manera grupal por lo que no será posible obtener resultados específicamente sobre usted.

Cualquier duda debe comunicarse con mi asesor Juan Carlos Saravia Drago mediante el siguiente correo electrónico [jcsaravia@pucp.pe](mailto:jcsaravia@pucp.pe)

Se le agradece de antemano su participación, tiempo y sinceridad.

---

Firma del participante

**Anexo B: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

A continuación se le presentarán una serie de preguntas, por favor conteste con sinceridad.  
Gracias por su apoyo

1. Sexo: F                      M
  2. Edad : \_\_\_\_
  3. Lugar de procedencia:
- 

Si es de provincia, ¿en qué lugar reside durante proceso de tratamiento y/o hospitalización? ¿con quién?

---

4. ¿Tiene pareja ? : Sí                      No
  5. Nivel de instrucción: \_\_\_\_\_
  6. Hijos :    sí                      no
- En caso su respuesta es SÍ, ¿cuántos hijos tiene y de qué edades? \_\_\_\_\_
7. Situación laboral: Empleado                      Desempleado
  8. ¿Se siente apoyada por otras personas? ¿porquiénes?
-

**Anexo C: INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO- ESTADO (IDARE)**

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la casilla que indique como se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	No en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Estoy a gusto				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8. Me siento descansado				
9. Me siento ansioso				
10. Me siento cómodo				
11. Me siento con confianza en mi mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Me siento agitado				
14. Me siento “a punto de explotar”				
15. Me siento reposado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento muy excitado y aturdido				
19. Me siento alegre				
20. Me siento bien				

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”				
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Tomo las cosas muy a pecho				
32. Me falta confianza en mi mismo				
33. Me siento seguro				
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
35. Me siento melancólico				
36. Me siento satisfecho				
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado				

**Anexo D: CUESTIONARIO DE ORIENTACIÓN HACIA LA VIDA**

A continuación le presentamos una serie de preguntas relacionadas a varios aspectos de sus vidas. Cada pregunta tiene siete respuestas posibles. Por favor, marque el número que exprese su respuesta considerando el 1 y el 7 como las respuestas opuestas y extremas. Si la frase al costado del 1 es la correcta para usted haga un círculo en el Número 1. Si la frase al costado del 7 es la correcta para usted haga un círculo alrededor del 7. Si usted piensa que su respuesta es diferente haga un círculo en uno de los números que se encuentran en el medio y que exprese mejor su sentimiento u opinión. Por favor, solo de una sola respuesta.

1	¿Siente usted que no le importa lo que sucede a su alrededor?								
	Nunca o muy rara vez	1	2	3	4	5	6	7	A menudo
2	¿Le ha sucedido en el pasado que se ha sorprendido por el comportamiento de la gente que usted pensaba que conocía muy bien?								
	Nunca me ha sucedido	1	2	3	4	5	6	7	Siempre me ha sucedido
3	¿Le ha sucedido que la gente con la que usted contaba lo ha decepcionado?								
	Nunca me ha sucedido	1	2	3	4	5	6	7	Siempre me ha sucedido
4	Hasta el momento, su vida ha tenido								
	Ninguna meta ni proyecto claro	1	2	3	4	5	6	7	Metas y proyectos muy claros
5	¿Tiene usted el sentimiento que ha sido tratado injustamente?								
	A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca
6	¿Tiene usted el sentimiento de que está en una situación poco familiar y no sabe qué hacer?								
	A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca.
7	Hacer las cosas que usted hace diariamente son:								

	Una fuente de profundo placer y satisfacción	1	2	3	4	5	6	7	Una fuente de dolor y aburrimiento
8	¿Tiene usted ideas y sentimientos confusos?								
	A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Nunca o muy rara vez
9	¿Siente usted dentro de sí algo que no le gustaría sentir?								
	A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Nunca o muy rara vez.
10	Muchas personas, inclusive las de carácter fuerte, algunas veces se sienten perdedoras en ciertas situaciones. ¿Cuán a menudo usted ha tenido esto en el pasado?								
	Nunca	1	2	3	4	5	6	7	A menudo
11	Cuando algo ha sucedido, generalmente ha encontrado que usted:								
	Sobrestimo o subestimo su importancia	1	2	3	4	5	6	7	Vio las cosas en la medida correcta
12	¿Cuán a menudo tiene usted el sentimiento que tienen poco sentido las cosas que realiza en su vida diaria?								
	A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca
13	¿Cuán a menudo tiene usted el sentimiento de no estar seguro de poder mantenerse bajo control?								
	A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca