



Anales de Psicología

ISSN: 0212-9728

servpubl@fcu.um.es

Universidad de Murcia

España

Andrés-Villas, Montserrat; Torrico, Esperanza; Remesal, Raquel

Afrontamiento en hombres operados de cáncer de laringe

Anales de Psicología, vol. 28, núm. 3, octubre, 2012, pp. 753-762

Universidad de Murcia

Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723774013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

 redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Afrontamiento en hombres operados de cáncer de laringe

Montserrat Andrés-Villas^{1*}, Esperanza Torrico¹, y Raquel Remesal²

¹ Universidad de Huelva (España)

² Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva (España)

Resumen: Los objetivos del presente estudio son conocer las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por una muestra de hombres operados de cáncer de laringe, valorando así mismo las posibles diferencias con respecto a una muestra de hombres sanos. Además, intentamos delimitar la percepción sobre este aspecto por parte de las parejas de los hombres objeto de nuestro estudio. Para ello utilizamos la Escala “Modos de Afrontamiento” de Lazarus y Folkman (WCS) adaptada para la población española por Sánchez-Cánovas (1991). Podemos decir que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los hombres operados de cáncer de laringe son el “Distanciamiento” y la “Reevaluación Positiva”. Por otro lado, a diferencia de los hombres laringectomizados, los sanos emplean en menor medida la “Aceptación de la Responsabilidad” y la “Planificación”. Por último, podemos decir que no hay diferencias significativas entre la percepción de los hombres laringectomizados y sus mujeres, al igual que en el caso de los hombres sanos y sus mujeres.

Palabras clave: Cáncer; cáncer de laringe; afrontamiento; modos de afrontamiento.

Title: Coping in men operated for larynx cancer.

Abstract: This study looks at the main coping strategies used by a sample of men who had undergone operations for larynx cancer, assessing possible differences with sample of healthy men. We also try to gauge what the partners of these men think about this subject. We use the “Ways of Coping Scale” of Lazarus & Folkman (WCS) adapted to Spanish by Sánchez-Cánovas (1991). The coping strategies used most by the larynx cancer patients are “Distancing” and “Positive Re-assessment”. Unlike the larynx operated patients, the healthy males used to a lesser extent “Acceptance of Responsibility” and “Planning”. Finally, there are no significant differences between the perceptions of the larynx-operated patients and their partners, as is the case with the healthy males and their partners.

Key words: Cancer; cancer of larynx; coping; ways of coping.

Introducción

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como: “aquejlos esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164). Lazarus (1966) plantea, por otra parte, que considerar el afrontamiento como un proceso, implica asumir los siguientes principios:

1. El término afrontamiento se emplea indistintamente como proceso adaptativo o inadaptativo, eficaz o ineficaz y, por tanto, debe separarse de los resultados.
2. El afrontamiento depende del contexto, lo que implica que no es una disposición estable. El proceso de afrontamiento ante diferentes amenazas, variará en función del significado adaptativo y de los requerimientos de otras amenazas.
3. Hay estrategias de afrontamiento más estables o consistentes que otras en función de las situaciones a las que se enfrente la persona. De este modo, parece que hay estrategias más estables, como la “reevaluación positiva”, y otras menos estables como la “búsqueda de apoyo social”.

En cuanto a la relación entre Estrategias de Afrontamiento y Salud, a pesar de no existir una conexión claramente establecida si parecen existir planteamientos y datos que apuntan la posibilidad de dicha influencia. Lazarus y Folk-

man (1986) dan tres posibles razones por las que el afrontamiento puede afectar de forma negativa a la salud:

1. Puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés por tres vías: aminorando o previniendo las condiciones ambientales nocivas o perjudiciales; dejando de regular la perturbación emocional que aparece frente a los daños o amenazas incontrolables y expresando una serie de valores, un estilo de vida y/o un estilo de afrontamiento que es, en sí mismo, perjudicial.
2. Puede aumentar el riesgo de mortalidad cuando incluye un excesivo uso de sustancias nocivas (alcohol, drogas y tabaco), o cuando conducen al individuo a realizar actividades que implican un riesgo importante para su vida. Por tanto, puede ser un determinante de lo que se conoce como conductas de riesgo.
3. Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad. Este aspecto hace referencia a estilos de afrontamiento como la “negación” o la “evitación”, que pueden reducir el grado de trastorno emocional pero, también, pueden impedir al individuo enfrentarse de forma realista al problema que podría tener solución mediante una acción concreta y eficaz (como por ejemplo negar la enfermedad rechazando la necesidad de someterse a tratamiento).

Flórez (1999) plantea que las estrategias de afrontamiento son mediadoras entre el estrés y las consecuencias de éste sobre el estado de salud, estableciendo dos vías por las que se pueden producir efectos negativos:

- 1.- El individuo pone en marcha conductas de afrontamiento ante el estrés que pueden resolver la situación pero le ocasionan consecuencias psicofisiológicas negativas.

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Montserrat Andrés Villas. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Universidad de Huelva. Campus El Carmen. Avda. Tres de Marzo s/n. 21071 Huelva (España). E-mail: montserrat.andres@dpsi.uhu.es

- 2.- El individuo pone en marcha estrategias ineficaces, que siguen manteniendo la situación de amenaza, ocasionando a largo plazo deterioros psicofisiológicos.

Respecto a la vinculación existente entre las Estrategias de Afrontamiento y Cáncer, Bayés, en 1991, afirma que: "el diagnóstico y tratamiento biomédico del cáncer generalmente produce un gran impacto emocional e incluso en algunas ocasiones dan lugar a problemas psicológicos. La intensidad, duración y consecuencias de los mismos, pueden verse considerablemente interferidos, en sentido positivo o negativo, por el tipo de estrategia, grado de eficacia e ineficacia, y la percepción subjetiva de control que muestran los paciente al enfrentarse con ellos (*coping*)" (Bayés, 1991, pag. 98). Por otra parte, Meyerowitz, Heinrich y Cascarelli (1983) propusieron un modelo para facilitar la investigación e intervención psicológica en el problema del cáncer basado en los siguientes puntos:

1. Identificar, para cada paciente, los estímulos aversivos cotidianos.
2. Analizar el comportamiento de una amplia variedad de enfermos para descubrir las respuestas que típicamente emiten ante situaciones problemáticas.
3. Medir la eficacia relativa de cada respuesta, teniendo en cuenta que una respuesta puede ser eficaz en un situación y no serlo en otra.

En este sentido, Soriano (2002), plantea que las principales funciones que desempeña el afrontamiento ante el cáncer son: preventiva (relacionada con el impacto emocional); intermediaria (relacionada con el ajuste durante el proceso de enfermedad); y obtención de equilibrio (restablecimiento del ajuste psicosocial).

A través de las distintas investigaciones en este campo, se ha pretendido encontrar un tipo de afrontamiento característico de los enfermos de cáncer. Ante la imposibilidad de poder dar una respuesta consistente que no se limitara a "tendencias encontradas" que pudieran generalizarse, comienzan a realizarse estudios en base al género, al tipo de cáncer o en relación a la mejor o peor evolución de la enfermedad. En esta línea, Abrams (1971) ya planteó que los procesos cognitivos puestos en marcha ante la enfermedad concebida como acontecimiento estresante, no parecen ser uniformes para todos los pacientes de cáncer pero sí parecen guardar ciertos patrones comunes con respecto a la efectividad exclusiva ante la enfermedad.

Según Flórez (1999), las estrategias de afrontamiento juegan un importante papel en la adaptación al proceso de enfermedad, llegando incluso a determinar la calidad de vida. Así, dependiendo de la estrategia puesta en marcha por la persona, logrará una mejor o peor adaptación. En este planteamiento, podemos encuadrar el trabajo de Langius, Björvell y Lind (1994), según el cual la limitación funcional de los enfermos de cáncer de laringe, no depende sólo de la extensión de la intervención quirúrgica, sino también de la eficacia de las estrategias de afrontamiento empleadas por el pacien-

te. En esta línea, Graeff et al. (1999), concluyen que las estrategias de afrontamiento determinan la mejoría a nivel emoción al tras la radioterapia en enfermos con cáncer, a pesar del deterioro físico. Igualmente, autores como Collie et al. (2005), mantienen que las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes de cáncer de mama, influyen significativamente tanto en la calidad de vida como en el bienestar emocional.

Por otro lado, Ferrero (1993), tanto de su trabajo como de otros revisados, concluye que hay una serie de reacciones o estrategias que si son puestas en marcha por los enfermos de cáncer nos indican que requieren intervención psicológica, ya que se relacionan con la presencia de un mayor grado de estrés. Entre otras reacciones apuntadas, referimos un menor "espíritu de lucha", no utilización de la "negación", la "percepción de poco control" sobre la enfermedad, o la adopción de una actitud resignada. En esta misma línea se encuentran los resultados encontrados por Akechi, Okuyama, Imoto, Yamawaki y Uchitomi (2001), que apuntan que un estilo de afrontamiento ineficaz, es predictor de una mayor morbilidad psiquiátrica, describiendo el afrontamiento ineficaz como la tendencia a utilizar en menor medida estrategias como el desamparo/desesperanza, el fatalismo, la preocupación ansiosa y el espíritu de lucha.

Estos aspectos, ya fueron planteados por Ibáñez (1988) al exponer la posibilidad de que hubiera un patrón de personalidad asociado al cáncer y que reunía precisamente esas características. Así Barreto, Andreu, Soriano e Ibáñez (1988) nos hablan de las características de este patrón de personalidad, conocido como tipo C, y que son las siguientes: personas cooperadoras, poco assertivas, con represión de emociones negativas y con estrategias de afrontamiento de desamparo, desesperanza e impotencia.

Por otra parte, según Heim, Augustini, Schaffner y Valach (1993) el afrontamiento del cáncer no puede caracterizarse por una única estrategia de afrontamiento. Ésta puede cambiar a lo largo del proceso de enfermedad al igual que una misma persona puede estar utilizando varias al mismo tiempo. En esta misma línea, Valderrama, Carbellido y Domínguez-Trejo (1995), también observan en su trabajo el predominio de determinados estilos de afrontamiento como por ejemplo, mantener las creencias religiosas, buscar el apoyo con que cuentan en su medio y/o evitar confrontaciones. Así mismo, considerar que, generalmente, se ponen en marcha combinaciones de estrategias de afrontamiento como las ya referidas, con la finalidad de controlar tanto el problema como las consecuencias emocionales. Igualmente, como recogen Cano-Vindel, Sirgo y Pérez-Manga (1994) en diversos estudios se ha encontrado la presencia del estilo represivo de afrontamiento en pacientes de cáncer, mostrándose generalmente calmados y seguros, no mostrando un punto de vista pesimista de la vida, no mostrando desesperanza o indefensión, suelen mostrarse más preocupados por la impresión que dan a los demás que por resolver sus problemas, se muestran controlados y serios y no indican percibir inadecuado apoyo social o familiar (Greer y Morris, 1975;

Kneier y Temoshock, 1984; Wattson et al., 1984; Grossarth-Maticek et al., 1985a; Grossarth-Maticek et al., 1985b; Persky et al., 1987; Goldstein y Antoni, 1989; Singer, 1990; Wattson et al. 1991). En definitiva, como plantean Cano-Vindel, Sirgo y Pérez-Manga (1994) y Cano-Vindel (2005) adoptan un estilo de afrontamiento anulando los elementos estresantes que puedan desencadenar emociones negativas.

Con respecto al cáncer de laringe, Chaturvedi, Shenoy, Prasad, Senthilnathan y Premlahha (1996), encuentran que los mecanismos de afrontamiento más comúnmente utilizados por éstos enfermos son el fatalismo y el desamparo.

Como objetivos de este estudio nos planteamos:

1. Valorar las Estrategias de Afrontamiento utilizadas o desarrolladas por los hombres laringectomizados.
2. En relación a las Estrategias de Afrontamiento utilizadas, determinar las diferencias entre la percepción, de los hombres operados de cáncer de laringe y sus parejas, así como entre hombres sanos y sus parejas.
3. Establecer las diferencias en la utilización de Estrategias de Afrontamiento entre el grupo de hombres sanos y el de operados de cáncer de laringe.

Método

Participantes

La muestra se compone de 4 grupos que describimos a continuación:

GRUPO 1: constituido por 25 hombres diagnosticados de cáncer de laringe y laringectomizados que asisten a los grupos de rehabilitación foniática de la Asociación Sevillana de Laringectomizados.

Respecto a las características sociodemográficas de este grupo, podemos decir que la edad se distribuía alrededor de una Media de 64.76 y una Desviación Típica de 8.57 y oscilaban entre los 48 y 82 años. Más del 50% de hombres que componen este grupo, tenían unas edades comprendidas entre los 61 y 74 años. El estado civil predominante era el de casado, en el 80 % de los casos, existiendo un bajo porcentaje de hombres separados (4%), viudos (12%) y solteros (4%). En cuanto a la participación de sus parejas en el estudio ésta se dio en el 60% de los casos, siendo estos los 15 hombres que constituyan el subgrupo GRUPO 1-EMPAREJADOS. El número de hijos oscilaba entre 0 y 8, siendo el más común el de 2 que se daba en el 44% de los casos. El nivel de estudios se agrupaba en torno a un nivel cultural muy bajo (saber leer y escribir), en el 56% de los casos.

En cuanto a la situación laboral, el 4% se encontraban en activo, frente al 48% que se encontraban jubilados y el 36% que estaban en situación de incapacidad. El tiempo de evolución de la enfermedad, se agrupaban, en el 60% de los casos, entre el año y los dos años de evolución. Por otro lado, el 76% de ellos, además de la cirugía habían recibido algún tipo o varios tipos de tratamientos coadyuvantes.

GRUPO 2: Constituido por 25 hombres sin ningún tipo de patología orgánica o psicológica conocida. Las caracterís-

ticas sociodemográficas de este grupo de hombres eran las siguientes: sus edades oscilaban entre los 48 y los 81 años, con una media de 64.96 y una desviación típica de 9.10. El estado civil predominante era el de casado (88%). En cuanto a la participación de sus parejas en el estudio ésta se dio en el 60% de los casos, siendo estos los 15 hombres que constituyan el subgrupo GRUPO 2-EMPAREJADOS. El número de hijos oscilaba entre 0 y 8, siendo el más común el de 2 hijos. Con respecto al nivel de estudios, el 44% de los hombres de este grupo manifestaban tener un nivel cultural muy bajo (saber leer y escribir).

GRUPO 3: Constituido por 15 mujeres, parejas de los hombres diagnosticados de cáncer de laringe y laringectomizados. A continuación pasamos a describir las características sociodemográficas de este grupo muestral: las edades se distribuían alrededor de una Media de 55.07 y una Desviación Típica de 17.96 y oscilaban entre los 45 y 78 años. El número de hijos oscilaba entre 2 y 5, siendo el más común el de 2, que se daba en el 56.3% de los casos. El nivel de estudios se agrupaba, en más del 50% de los casos, en torno al nivel cultural muy bajo (saber leer y escribir).

GRUPO 4: constituido por 15 mujeres, parejas de los hombres sanos. Las características sociodemográficas eran las siguientes: sus edades oscilaban entre los 44 y los 64 años, con una media de 55.27 y una desviación típica de 5.68. Respecto al número de hijos, este oscilaba entre 1 y 8, siendo el más frecuente el de 2 hijos. Con respecto al nivel de estudios, aunque heterogéneo, observamos un predominio de mujeres con nivel cultural de estudios primarios.

Instrumentos

Hemos utilizado las siguientes pruebas diagnósticas:

Inventario sociobiográfico: creado al efecto para obtener información sobre distintos aspectos sociobiográficos y actitudinales.

a.- Inventario para los hombres con cáncer de laringe: para la realización de este Inventario nos basamos, en lo que respecta a las variables sociodemográficas, en una entrevista elaborada al efecto para recoger de forma sistemática los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, profesión y situación laboral. En cuanto al resto de los ítems planteados en dicho Inventario, responden a variables que consideramos preciso controlar para la realización del estudio como son: diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad así como los tratamientos recibidos. También se incluyeron algunas preguntas acerca de si han requerido tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, el motivo de éste y la fecha.

b.- Inventario para los hombres sanos: para la realización de este Inventario también nos basamos, en lo que respecta a las variables sociodemográficas, en una entrevista elaborada al efecto. Respecto al resto de los ítems planteados en dicho inventario, responden a variables que consideramos necesario conocer como son: haber padecido alguna enfermedad grave, cuándo y qué tipo de enfer-

edad, haber necesitado tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, cuándo y por qué motivo.

Escala “Modos de Afrontamiento” de Lazarus Y Folkman (WCS) adaptada para la población española por Sánchez-Cánovas (1991): Se compone de 50 ítems distribuidos en 8 escalas que hacen referencia a las distintas estrategias de afrontamiento: Confrontación, Distanciamiento, Autocontrol, Búsqueda de apoyo social, Aceptación de la responsabilidad, Huida-Evitación, Planificación y Reevaluación positiva.

La modalidad de administración, utilizada en nuestro estudio, fue la autoaplicada.

Procedimiento

El diseño elegido para la elaboración de este trabajo es de tipo “observacional descriptivo”, de corte transversal, utilizando un muestreo no probabilístico.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

Para el Grupo 1: Ser hombre; estar diagnosticado de cáncer de laringe e intervenido quirúrgicamente (laringectomizado); estar asistiendo al grupo de rehabilitación foniática en la Asociación Sevillana de Laringectomizados y tener una edad comprendida entre los 48 y 82 años.

Para el Grupo 2: ser hombre; estar sano físicamente o no tener conciencia de ninguna enfermedad grave y tener una edad comprendida entre los 48 y 82 años.

Para el Grupo 3: ser mujer y que su pareja pertenezca al grupo 1.

Para el Grupo 4: ser mujer y que su pareja pertenezca al grupo 2.

No se incluyeron en el estudio los sujetos que presentan las siguientes características: (1) Estar en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. (2) No saber leer ni escribir.

En relación al Inventario Sociobiográfico, fue autocompletado en sesiones programadas a las que cada uno de los grupos asistía de manera voluntaria.

Tabla 1. Medias y Desviaciones Típicas del “W.C.S.” en el Grupo 1, en el Grupo 2 en situación estresante y en el Grupo 2 bajo el supuesto de padecer cáncer de laringe.

	Grupo 1 (n=25)		Grupo 2 en situación estresante (n=25)		Grupo 2 bajo el supuesto de padecer cáncer de laringe (n=25)	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Confrontación	1.89	0.82	2.27	0.66	2.15	0.55
Distanciamiento	2.27	0.95	2.07	0.54	2.18	0.45
Autocontrol	1.97	0.92	2.19	0.73	2.42	0.60
Búsqueda de Apoyo Social	1.96	0.84	2.26	0.79	3	0.66
Aceptación de Responsabilidad	1.69	0.84	2.16	0.79	2	0.90
Huida-Evitación	1.46	0.69	1.68	0.42	2	0.35
Planificación	1.76	0.88	2.33	0.70	2.39	0.62
Reevaluación Positiva	2.02	1.03	2.20	0.60	2.66	0.53

En relación a las medias y desviaciones típicas obtenidas por los hombres de los grupos 1 y 2 cuyas parejas han participado en el estudio (G1 emparejados y G2 emparejados),

Para completar la Escala “Modos de Afrontamiento” de Lazarus Y Folkman (WCS) adaptada para la población española por Sánchez-Cánovas (1991), los hombres del grupo 1 debían contestar en relación a su situación de enfermedad; los hombres del grupo 2 contestarían dos veces al cuestionario: la primera en función de una situación que les ha producido tensión, malestar o estrés y que ellos refieren haber vivido últimamente y la segunda suponiendo que tenían un cáncer de laringe; las mujeres de los grupos 3 y 4 contestarían al cuestionario tal y como ellas creían que lo harían sus maridos.

El análisis de los resultados se realizó a través del paquete estadístico SPSS-W® (v. 10.0).

Resultados

Análisis Descriptivos

Comenzaremos exponiendo las medias obtenidas por cada uno de los grupos:

Las medias obtenidas en el Grupo 1 nos indican que la estrategia más utilizada por este grupo es el “distanciamiento” ($\xi = 2.27$), seguida por la reevaluación positiva ($\xi = 2.02$) y la “búsqueda de apoyo social” ($\xi = 1.96$). Por otra parte, la “huida-evitación” ($\xi = 1.46$) es la estrategia menos utilizada (Tabla 1).

Con respecto a las Medias y Desviaciones Típicas del grupo 2, presentaremos en primer lugar los datos correspondientes a la situación que les ha producido tensión, malestar o estrés y que ellos refieren haber vivido últimamente (Tabla 1) y a continuación exponemos los datos del cuestionario que han contestado suponiendo que tienen un cáncer de laringe (Tablas 1). Con respecto a la primera situación observamos como la estrategia más utilizada ha sido la “planificación” ($\xi = 2.33$) y la “huida-evitación” la menos empleada ($\xi = 1.68$). En cuanto a las respuesta en relación a imaginar tener cáncer, los hombres de este grupo piensan que la estrategia que utilizarían en mayor medida sería la “búsqueda de apoyo social” ($\xi = 3$).

podemos decir que en el grupo 1 emparejados la estrategia de afrontamiento más empleada ha sido el distanciamiento ($\xi = 2.50$), siendo la huida-evitación la menos empleada ($\xi =$

1.53) (Tabla 2). Por otro lado, con respecto a los hombres del grupo 2 emparejados, diremos que la estrategia de afrontamiento, más empleada ha sido la reevaluación positiva ($\xi = 2.24$), siendo la huida-evitación la menos empleada ($\xi = 1.54$) (Tabla 2). Así mismo, la estrategia más utilizada cuando

estos hombres se ponen en la situación de tener cáncer de laringe (Tabla 2), es la búsqueda de apoyo social ($\xi = 2.87$), y la huida-evitación es nuevamente la que menos ponen en marcha ($\xi = 1.88$).

Tabla 2. Medias y Desviaciones Típicas del “W.C.S.” en el Grupo 1 emparejados, en el Grupo 2 emparejados en situación estresante y en el Grupo 2 emparejados bajo el supuesto de padecer cáncer de laringe.

	Grupo 1 emparejados (n=15)	Grupo 2 emparejados en situación estresante (n=15)	Grupo 2 emparejados bajo el supuesto de padecer cáncer de laringe (n=15)		
	Media	Media	D.T.	Media	D.T.
Confrontación	2.13	2.09	0.70	2.04	0.56
Distanciamiento	2.56	0.69	1.97	0.57	2.20
Autocontrol	2.20	0.64	2.07	0.72	2.30
Búsqueda de Apoyo Social	2.18	0.61	2.20	0.81	2.87
Aceptación de Responsabilidad	1.83	0.55	1.88	0.76	1.92
Huida-Evitación	1.53	0.46	1.54	0.40	1.88
Planificación	2	0.65	2.20	0.72	2.33
Reevaluación Positiva	2.30	0.83	2.24	0.66	2.55

En el grupo 3, las medias obtenidas nos indican que las mujeres de este grupo piensan que la estrategia más utilizada por sus maridos es el “distanciamiento” ($\xi = 2.52$), seguida por el “autocontrol” ($\xi = 2.47$) y la “reevaluación positiva” ($\xi = 2.50$). Por otra parte, consideran que la “huida-evitación” es la estrategia menos utilizada ($\xi = 1.76$) (Tabla 3).

Con respecto a las Medias y Desviaciones Típicas obtenidas por el grupo 4, correspondientes a la situación que las mujeres han considerado que habían producido tensión, malestar o estrés a sus maridos (Tabla 3) observamos como la

estrategia, que para estas mujeres sería la más utilizada por sus maridos, es la “búsqueda de apoyo social” ($\xi = 2.38$), siendo la menos empleada la “huida-evitación” ($\xi = 1.63$). En cuanto a las respuesta en relación a imaginar tener cáncer, las mujeres de este grupo piensan que sus maridos utilizarían en mayor medida la “búsqueda de apoyo social” ($\xi = 2.72$) (Tabla 3).

Tabla 3. Medias y Desviaciones Típicas del “W.C.S.” en el Grupo 3, en el Grupo 4 en situación estresante y en el Grupo 4 bajo el supuesto de padecer cáncer de laringe.

	Grupo 3 emparejados (n=15)	Grupo 4 emparejados en situación estresante (n=15)	Grupo 4 emparejados bajo el supuesto de padecer cáncer de laringe (n=15)			
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Confrontación	2.13	0.45	2.06	0.68	2.08	0.64
Distanciamiento	2.52	0.58	2.29	0.54	2.16	0.47
Autocontrol	2.47	0.62	2.16	0.64	2.30	0.57
Búsqueda de Apoyo Social	2.39	0.68	2.38	0.91	2.72	0.64
Aceptación de Responsabilidad	2.02	0.80	1.73	0.66	1.88	0.96
Huida-Evitación	1.76	0.55	1.63	0.38	1.90	0.34
Planificación	2.19	0.58	2.26	0.55	2.48	0.79
Reevaluación Positiva	2.50	0.77	2.24	0.73	2.47	0.62

Análisis comparativos

En relación a la variables sociobiográficas, tan solo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la variable “Situación Laboral” ($X^2 = 17.733, p = .001$), para

las categorías de “Activo” e “Incapacidad Laboral” (Tabla 4). Para el resto de las variables las diferencias no han sido significativas. Presentamos los datos de la comparación entre hombres laringectomizados y sanos:

Tabla 4. Chi Cuadrado de las variables “Situación Laboral” y “Grupo”.

	Hombres Laringectomizados		Hombres Sanos	
	% de S. Laboral	Residuos corregidos	% de S. Laboral	Residuos corregidos
Activo	4.0%	-2.8	36%	2.8
Baja	8%	1.4	0%	-1.4
Paro con ingresos	4%	0.0	4%	0.0
Jubilación	48%	-0.9	60%	0.9
Incapacidad	36%	3.3	0%	-3.3

Al comparar las puntuaciones obtenidas por el grupo 1 y el grupo 2, en la Escala WCS, tan solo se han encontrado diferencias significativas en dos de las 8 escalas: "Aceptación

de Responsabilidad" ($t = -2.035, p = 0.047$) y "Planificación" ($t = -2.526, p = 0.015$) (Tabla 5).

Tabla 5. Valores t de Student W.C.S. entre Grupo 1 (n=25) y Grupo 2 (n=25).

	Confrontación	Distanciamiento	Autocontrol	Búsqueda de Apoyo Social	Aceptación de la Responsabilidad	Huida-Evitación	Planificación	Reevaluación Positiva
t	-1.805	0.913	-0.952	-1.300	-2.035	-1.396	-2.526	-0.743
p	.077	.366	.346	.200	.047*	.169	.015*	.461

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Cuando comparamos las puntuaciones obtenidas en la Escala WCS por los hombres operados de cáncer de laringe y las obtenidas por los hombres sanos, cuando contestan poniéndose en la situación de tener cáncer de laringe, encontramos diferencias significativas en 5 de las 8 escalas: Auto-

control ($t = -2.089, p = .042$), Búsqueda de Apoyo Social ($t = -4.919, p = .000$), Huida-Evitación ($t = -3.521, p = .001$), Planificación ($t = -2.913, p = .005$) y Reevaluación positiva ($t = -2.733, p = .009$) (Tabla 6).

Tabla 6. Valores t de Student W.C.S.-2 entre Grupo 1 (n=25) y Grupo 2 (n=25).

	Confrontación	Distanciamiento	Autocontrol	Búsqueda de Apoyo Social	Aceptación de la Responsabilidad	Huida-Evitación	Planificación	Reevaluación Positiva
t	-1.319	0.444	-2.089	-4.919	-1.219	-3.521	-2.913	-2.733
p	.194	.659	.042*	.000***	.229	.001***	.005**	.009**

Al realizar la comparación, de las puntuaciones obtenidas en la Escala WCS por el grupo 1 emparejados y el grupo 3,

no hemos encontrado diferencias significativas en ninguna de las 8 escalas (Tabla 7).

Tabla 7. Valores t de Student W.C.S. entre Grupo 1 emparejados (n=15) y Grupo 3 (n=15).

	Confrontación	Distanciamiento	Autocontrol	Búsqueda de apoyo social	Aceptación de la responsabilidad	Huida-Evitación	Planificación	Reevaluación positiva
t	-0.000	0.143	-1.159	-0.895	-0.733	-1.254	-0.843	-0.683
p	1.000	.887	.256	.378	.470	.220	.406	.500

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Al realizar las comparaciones de las puntuaciones obtenidas en la Escala WCS por los grupos 2 emparejados y 4 cuando indican que estrategias de afrontamiento utilizarán

ante una situación estresante, no hemos encontrado diferencias significativas en ninguna de las 8 escalas (Tabla 8).

Tabla 8. Valores t de Student W.C.S., en situación estresante, entre Grupo 2 emparejados (n=15) y Grupo 4 (n=15).

	Confrontación	Distanciamiento	Autocontrol	Búsqueda de Apoyo Social	Aceptación de la Responsabilidad	Huida-Evitación	Planificación	Reevaluación positiva
t	0.132	-1.588	-0.381	-0.562	0.580	-0.642	-0.236	0.000
p	.896	.124	.706	.578	.566	.526	.815	1.000

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Al comparar las puntuaciones obtenidas en la Escala WCS cuando los hombres sanos y sus mujeres contestan poniéndose en la situación de que ellos tienen cáncer de la-

ringe, no hemos encontrado diferencias significativas en ninguna de las 8 escalas (Tabla 9).

Tabla 9. Valores *t* de Student W.C.S.-2, bajo el supuesto de padecer cáncer de laringe, entre Grupo 2 (N=15) y Grupo 4 (n=15)

	Confrontación	Distanciamiento	Autocontrol	Búsqueda de Apoyo Social	Aceptación de la Responsabilidad	Huida-Evitación	Planificación	Reevaluación Positiva
<i>t</i>	-0.152	0.248	0.047	0.613	0.101	-0.200	-0.577	0.420
<i>p</i>	0.880	0.806	0.963	0.545	0.920	0.843	0.569	0.678

* *p*<.05 ** *p*<.01 *** *p*<.001

Análisis Discriminantes

A continuación presentamos las puntuaciones en las estrategias de afrontamiento que por su significación son adecuadas para clasificar correctamente el mayor número de sujetos de la muestra (Tabla 10). Como podemos comprobar, de un total de 8 estrategias de afrontamiento, tan solo 1 ha resultado significativa para discriminar entre los sujetos de los distintos grupos. Tenemos que añadir, que debido al tamaño de nuestros grupos, debemos tomar con cautela los resultados obtenidos mediante este análisis.

Tabla 10. Análisis Discriminantes

	Lambda de Wilks	F	<i>p</i>
Planificación	0.894	3.005	.036

Discusión

Partiendo, de la citada definición de Lazarus y Folkman (1986), asumimos que la enfermedad oncológica se identificaría como la posible situación que requeriría para su manejo la puesta en marcha de determinadas estrategias. En cuanto a los tipos de afrontamiento establecido por los autores en 1986 (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación, planificación de solución de problemas y reevaluación positiva) hay autores, como Soriano (1994), que consideran la búsqueda de apoyo social como un mediador y no como una estrategia en sí misma. A nuestro entender, y siguiendo la propuesta de Thoits (1986) (cit. en Fernández Ríos, Torres y Díaz, 1992), sería la percepción de apoyo el factor que媒介aría en el proceso de afrontamiento y en la elección de las estrategias (incluida la búsqueda de apoyo social) por parte del sujeto en cada momento ya que no es lo mismo la valoración que el individuo puede realizar del apoyo con el que cuenta, que pedirlo o solicitarlo, siendo esto último a lo que se refiere dicha estrategia.

En referencia a la relación entre estrategias de afrontamiento y cáncer, la mayoría de los estudios, como hemos podido comprobar, se han centrado en el intento de encontrar un patrón o un conjunto de estrategias que caracterizan

a estos enfermos no siendo posible contar con resultados concluyentes. Desde nuestro punto de vista, la dificultad puede estribar en el intento de establecer patrones con características que son variables, tanto en el mismo individuo como de un individuo a otro, incluso en la misma situación, ya que las estrategias utilizadas dependerán de la percepción que se tenga de la situación, así como del contexto o marco social en el que se desarrolle (ya lo planteaba Lazarus en 1966, al hablar de las estrategias de afrontamiento como disposiciones que no son estables).

En cuanto a la escala “Modos de Afrontamiento” de Lazarus y Folkman (WCS) adaptada para la población española por Sánchez-Cánovas, la decisión de utilizarla vino determinada por enmarcarse en los planteamientos teóricos que asumimos a la hora de realizar este trabajo. La elección se vio reforzada por el hecho de tratarse de un cuestionario que contaba con baremación para población española, y por ser aplicable tanto a población sana como enferma, lo que nos permitiría realizar las comparaciones entre los grupos de nuestra muestra.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, y en base a las puntuaciones medias obtenidas por los hombres laringectomizados (tabla 1), diremos que las más utilizadas son el “Distanciamiento” y la “Reevaluación Positiva”, siendo por otra parte la “Huida-Evitación” y la “Aceptación de Responsabilidad” las menos empleadas. Pensamos que el miedo sería uno de los motivos de este tipo de funcionamiento, ya que suele estar en el origen de la negación de la enfermedad que sería un modo de distanciamiento. Por otra parte, la participación en una asociación de afectados, entendemos que justificaría en algún modo los esfuerzos realizados para crear un significado positivo (reevaluación positiva), en base a la experiencia aportada por otros afectados. Así mismo, tanto la posibilidad de compartir experiencias como la información facilitada por laringectomizados ya rehabilitados, facilitaría que se eviten situaciones, relacionadas con el problema que les afecta, en menor medida y por otra parte que cuenten con un respaldo que les lleva a relajarse, no asumiendo plenamente sus responsabilidades ante la enfermedad, pues en muchos casos entienden que es la propia asociación a la que pertenecen la que debe hacerse cargo de algunos asuntos

(por ejemplo realizar trámites como solicitud de pensiones o agilizar las citas médicas). Con respecto a la falta de aceptación de responsabilidad añadimos otro motivo, ya que sabemos que, en numerosas ocasiones, la familia desplaza al afectado dejándolo en un plano secundario, incluso en cuestiones relacionadas con la enfermedad.

Creemos necesario en este punto comentar los resultados obtenidos por el grupo de hombres sanos, ya que ello nos permitirá, establecer características diferenciales con nuestra muestra control. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los hombres sanos (tabla 1) son la "Planificación", la "Confrontación" y la "Búsqueda de Apoyo Social", siendo por el contrario la "Huida-Evitación" y el "Distanciamiento" las menos utilizadas. Cuando los hombres sanos se ponen en la situación de tener un cáncer de laringe, nos informan (tabla 1) que emplearían en mayor medida las estrategias "Búsqueda de Apoyo Social", "Reevaluación Positiva" y "Autocontrol" siendo la "Aceptación de Responsabilidad" y la "Huida-Evitación" las que menos utilizarían.

A raíz de estos datos queremos comentar que aunque, como se planteará posteriormente, existan diferencias estadísticamente significativas entre la utilización de estrategias de afrontamiento, observamos en algunos aspectos un patrón similar de funcionamiento. Vemos como la "Huida-Evitación" es la menos utilizada en ambos grupos, siendo por otra parte el "Distanciamiento" la más empleada por los hombres laringectomizados y la menos utilizada por los sanos. Nos llama especialmente la atención que ante la situación de tener cáncer, los hombres sanos piensan que la "Aceptación de Responsabilidad" y la "Huida-Evitación" serían las estrategias menos utilizadas por ellos, coincidiendo en este sentido con lo que ocurre en los laringectomizados, lo que nos hace plantearnos que incluso al imaginar la situación de estar enfermos, consideran que estas estrategias les serían las menos útiles, aunque como se comentará más adelante, recurrirían a ellas en mayor medida, hecho que entendemos se ve justificado por la mayor intensidad con la que se vivencian los acontecimientos anticipados en comparación a los vividos.

Aunque los dos grupos son semejantes en cuanto a variables sociobiográficas, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la "Situación Laboral". Las diferencias se establecen en base al mayor número de sujeto pertenecientes al grupo de sanos cuya situación laboral es la de "activos" (36% frente al 4%) y por otra parte, un mayor número de hombres laringectomizados con "incapacidad laboral" (36% frente a 0%). Estos datos eran previsibles teniendo en cuenta que los hombres sanos no padecen ninguna enfermedad que motive una incapacidad laboral, al contrario que en el grupo de hombres laringectomizados entre los cuales encontramos, por esta causa, un mayor número en esta situación a pesar de tener una edad que les permitiera estar en activo.

En cuanto a los resultados obtenidos al comparar el WCS de los hombres laringectomizados con el de los sanos

cuando contestan poniéndose en la situación de tener cáncer de laringe, como se puede observar en la tabla 6, se han encontrado diferencias significativas en 5 de los 8 factores. Si observamos las puntuaciones medias obtenidas en estos factores (Aceptación de responsabilidad, Búsqueda de apoyo social, Huida-evitación, Planificación y Reevaluación positiva) por los dos grupos (tabla 1) vemos cómo los hombres sanos han puesto más alto que los laringectomizados. Esto nos indica que ante la suposición de tener un cáncer de laringe los hombres sanos, a diferencia de aquellos que realmente lo tienen, piensan que realizarían más esfuerzos deliberados por alterar la situación así como por controlar sus acciones y emociones, intentarían en mayor medida buscar un significado positivo, pedirían más apoyo y, por otra parte, evitarían pensar en la situación poniendo en marcha más conductas de evitación. A nuestro entender, estos datos se justificarían en cierto modo basándonos en la percepción social que se tiene sobre el cáncer y más concretamente con aquellos aspectos relacionados con el sufrimiento, el dolor, la muerte, la falta de medios para curar.

Así mismo, entendemos que nuestros datos se pueden encontrar en la línea del estilo represivo de afrontamiento, ya que como plantean Sirgo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel y Pérez-Manga (2001), una de las principales características sería la utilización de estrategias defensivas centradas en la emoción, aspecto este que coincide con nuestros datos, ya que de las 5 estrategias centradas en la emoción tres de ellas son las más empleadas (reevaluación positiva, distanciamiento y autocontrol). Por otro lado, las menos empleadas (aceptación de responsabilidad y huida-evitación) aunque, también, son estrategias centradas en la emoción, encajarian con la tendencia que tendrían las personas con estilo represivo de afrontamiento a anular los elementos estresantes que puedan desencadenar emociones negativas (Cano-Vindel, Sirgo y Pérez-Manga 1994 y Cano-Vindel 2005), no viendo la necesidad de actuar ante ningún problema ya que en cierta medida "este no existe".

Por nuestra parte hemos de añadir, aunque no lo hemos encontrado reflejado en la literatura, que también puede estar jugando un importante papel, la reciente presión a la que se ven sometidos los enfermos, en la que influyen las conclusiones de estudios científicos transmitidos por el personal sanitario y también divulgados por los medios de comunicación, en relación a la necesidad de afrontar adecuadamente la enfermedad, de mantener un control emocional o de no desmoronarse, como factores que influyen en la evolución de la enfermedad. Esto nos lleva a plantearnos ¿en qué medida no es ya sólo el miedo al cáncer sino la presión por mantener un adecuado estado de ánimo para superar la enfermedad lo que está determinando que los hombres sanos cuando imaginan tener un cáncer piensen que pondrían en marcha estrategias de afrontamiento con mayor intensidad que los propios afectados?

Por otra parte, y en base a los resultados encontrados por Torrico (1995), no podemos pasar por alto el factor "paso del tiempo", ya que nuestra muestra de afectados no

están recientemente diagnosticados, con lo cual ya han superado el periodo de adaptación a su nueva situación, con lo que existe la posibilidad de que la intensidad de sus reacciones haya disminuido, siendo más similares a la de los hombres sanos como hemos visto en las comparaciones anteriores.

Con respecto al WCS, en base a las puntuaciones medias (tablas 2 y 3), las mujeres consideran que sus maridos utilizan todas las estrategias en mayor medida de lo que ellos informan utilizarlas, a excepción del "Distanciamiento" al que según ellas recurren menos y la "Confrontación" que según ambos grupos utilizan en igual medida. Aún así, el orden de utilización es similar en los dos grupos, estando tan sólo intercambiadas las posiciones en el caso de la "Planificación" y la "Confrontación". A pesar de esas diferencias observadas en las puntuaciones medias podemos decir que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los hombres operados de cáncer de laringe y sus parejas (tabla 7), ni entre los hombres sanos y sus parejas (tablas 8 y 9).

En cuanto a los análisis discriminantes, aunque debido al reducido tamaño de la muestra tenemos que tomar estos datos con cautela, consideramos interesante comentar los resultados obtenidos. En la tabla 10 podemos comprobar como la estrategia de afrontamiento "planificación" es la más discriminativa. Si además, tenemos en cuenta que en la utilización de esta estrategia de afrontamiento encontramos diferencias significativas entre los hombres sanos y los operados

de laringe, podríamos considerarla como una medida fiable de las diferencias entre ambos grupos.

Conclusiones

- 1.- Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los hombres operados de cáncer de laringe son el "Distanciamiento" y la "Reevaluación Positiva", siendo por otra parte la "Huida-Evitación" y la "Aceptación de Responsabilidad" las menos empleadas.
- 2.- Entre los hombres operados de cáncer de laringe y los sanos hemos encontrado las siguientes diferencias con respecto a la utilización de las estrategias de afrontamiento: los hombres laringectomizados tan solo se diferencian de los sanos en que emplean en menor medida la Aceptación de la Responsabilidad y la Planificación.
- 3.- Cuando los hombres sanos contestan poniéndose en la situación de tener cáncer de laringe, se diferencian de los laringectomizados, en que emplean en mayor medida 5 de las 8 estrategias de afrontamiento (Aceptación de responsabilidad, Búsqueda de apoyo social, Huida-Evitación, Planificación y Reevaluación positiva).
- 4.- No hemos encontrado diferencias entre las estrategias que indican utilizar los hombres de ambos grupos y la percepción que tiene sus parejas sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por ellos.

Referencias

- Abrams, R. (1971). Denial and depression in the terminal patient. *Psychiatric Quarterly*, 45, 394-404.
- Akechi, T., Okuyama, T., Imoto, S., Yamawaki, S., y Uchitomi, Y. (2001). Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment*, 65, 195-202.
- Barreto P., Andreu Y., Soriano J. e Ibáñez E.(1988). Personality and breast cancer. Anti-hero's personality. IV European Conference on Personality. Estocolmo.
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica*. Martínez Barceló: Martínez Roca.
- Cano-Vindel, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. y Pérez-Manga, G. (1994). Cáncer y Estilo Represivo de Afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 0, 101-112.
- Chaturvedi S.K., Shenoy A., Prasad K.M., Senthilnathan S.M. y Premlatha B.S. 1996 Concerns, coping and quality of life in head and neck cancer patients. *Support Care Cancer*, 4 (3), 186-190.
- Collie, K., Wong, P., Tilston, J., Butler, L.D., Turner-Cobb, J., Kreshka, M.A., Parsons, R., Graddy, K., Cheasty, J.D., y Koopman, C. (2005). Self-efficacy, coping, and difficulties interacting with health care professionals among women living with breast cancer in rural communities. *Psycho-Oncology*, 14, 901-912.
- Fernández Ríos, L., Torres, M. y Díaz, L. (1992). Apoyo social: Implicaciones para la psicología de la salud. En M.A Simón (Ed.), *Comportamiento y Salud*. (pp. 59-65). Valencia: Promolibro.
- Ferrero, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Promolibro.
- Flórez J.A. 1999. *Personalidad, estrés y cáncer: una aproximación ética e integral en la asistencial*. Madrid: ZENECA Farma.
- Goldstein, D.A. y Antoni, M.H. (1989) The distribution of repressive coping styles among non-metastatic and metastatic breast cancer patient as compared to non-cancer patients. *Psychology and Health*, 3(4), 245-258.
- Graeff A., Leenw J.R., Ros W.J., Hordijk G.J., Battermann J.J., Blijham G.H. y Winnubst J.A. 1999. A prospective study on quality of life of laryngeal cancer patients treated with radiotherapy. *Head and Neck*, 21 (4), 291-296.
- Greer, S. y Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer. A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147-153.
- Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J., and Kanazir, D.T. (1985a). Psychosocial factors of strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: The yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(2), 167-176.
- Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D.T., Schmidt, P., and Vetter, H. (1985b). Psychosocial and organic variables as predictors of lung cancer, cardiac infarct and apoplexy: Some differential predictors. XIVth Conference on Psychosomatic Research, (1982, Noorwijk, Netherlands). *Personality and Individual Differences*, 6(3), 313-321.
- Heim E., Augustiny K.F., Schaffner L. y Valach L. 1993. Coping with breast cancer overtime and situation. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 523-542.
- Ibáñez, E. (1988). La información como estrategia de dominio del estrés en pacientes aquejados de cáncer. *Boletín de Psicología*, 21, 27-51.
- Kneier, A.W. y Temoshock, L. (1984). Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compares to cardiovascular diseases patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(2), 145-155.
- Langius A., Björvell H., y Lind M.G.1994. Functional status and coping in patients with oral and pharyngeal cancer before and after surgery. *Head and Neck*, 16 (6), 559-568.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Stress y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Meyerowitz, B.E., Heinrich, R.L. y Coscarelli, C. (1983). A competency-bases approach to coping with cancer. En T.G. Burish y L.A. Bradley

- (Eds.), *Coping with chronic disease*. (pp. 137-158). Nueva York: Academic Press.
- Persky, V.W., Kempthome-Rowe, J., and Shekelle, R.B. (1987). Personality risk of cancer: 20-yr follow-up of the Western Electric Study. *Psychosomatic Medicine*, 49, 435-449.
- Sánchez-Cánovas, J. (1991). Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento. En G. Buela-Casal (Comp.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. (pp. 247-270). Madrid: Siglo XXI.
- Singer, J.L. (1990). *Repression and dissociation: Implications of personality theory: psychopathology and health*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sirgo, A., Díaz-Ovejero, A., Cano-Vindel, A. y Pérez-Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 259-271.
- Soriano, J. (1994). Las Estrategias de Afrontamiento desde una perspectiva Transaccional. *Boletín de Psicología*, 44, 77-92.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psico-oncología. *Boletín de Psicología*, 75, 73-85.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.
- Torrico, E. (1995). *Actitudes ante el cáncer: De lo temido a lo vivido*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.
- Valderrama, P., Carbellido, S. y Domínguez-Trejo, B. (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, (1): 73-86.
- Wattson, M., Pettingale, K.N. y Greer, S. (1984). Emotional control and autonomic arousal in breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(6), 467-474.
- Wattson, M.; Greer, S.; Rowden, L.; Garmon, C.; Robertson, B; Bliss, J.M; Tunmore, R. (1991). Relationship between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 21, 51-57.

(Artículo recibido: 11-03/2011, revisado: 05-1-2012, aceptado: 05-2-2012)