

177268



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

"EVALUACION DE FACTORES DE RIESGO
CONDUCTUALES Y SOCIOAMBIENTALES
ASOCIADOS CON CANCER MAMARIO"



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

REPORTE DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A ;
FABIOLA FRAGOSO CASTILLO



MEXICO, D. F.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

REPORTE DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL TITULO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

"EVALUACION DE FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES Y SOCIOAMBIENTALES
ASOCIADOS CON CANCER MAMARIO".

AUTORA: PSIC. FABIOLA FRAGOSO CASTILLO

ASESORA: DRA. MARIA DEL ROCIO HERNANDEZ POZO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA GENERAL EXPERIMENTAL HUMANA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1992.

CON AMOR PARA:
MI HIJA:
ITZEL FABIOLA

Por quien he dedicado y siempre
dedicaré todo mi esfuerzo y a
quien debo mi realización como
"mujer y como madre".

MIS PADRES:
PEDRO Y PINA

Aquellos quienes depositaron
toda su confianza en mí. Y a
quienes debo mi realización
como "profesionista y como
hija".

MIS HERMANOS:
PEDRO Y PABLO

Quienes me ofrecieron
"seguridad y cariño", gracias
por su apoyo.

AGRADECIMIENTOS:

DRA. MA. DEL ROCIO HERNANDEZ-POZO.

POR LA PACIENCIA Y EL APOYO QUE SIEMPRE HE
RECIBIDO DE TI EN TODOS LOS ASPECTOS DE MI
VIDA.

DR. GUSTAVO FERNANDEZ PARDO (+).

DE QUIEN RECIBI APOYO PROFESIONAL DURANTE SU
ESTANCIA EN ESTA VIDA.

PSIC. JORGE AMETH VILLATORO

GRACIAS POR TUS ENSEÑANZAS,
TU AMISTAD Y TUS CONSEJOS.

LIC. DANIEL ZARABOZO

POR LA ENSEÑANZA QUE ME BRINDASTE EN LA
REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

PSIC. FRANCISCO JUAREZ

POR LA ORIENTACION QUE ME DISTE PARA LA
ELABORACION DE ESTA TAREA.

A MIS SINODALES:

DRA. MARIA GUADALUPE ORTEGA

POR EL IMPULSO QUE ME BRINDASTE
EN LA CARRERA CONTRA EL TIEMPO.

MAESTRA MARIA DEL REFUGIO LOPEZ GAMIÑO

POR RECORDAR QUE ESTE PEQUEÑO TRABAJO AUN
EXISTIA Y SEGUIRME APOYANDO.

CRISTI Y KUKI:

Gracias por sus "atenciones y comprensión".

MIS SOBRINOS:
REYNA, PINITA, RAUL Y FABIAN.

Gracias por su "cariño y respeto".

MI ABUELITO Y SU ESPOSA:
PAPA LUISITO Y MI COMADRE JOSE.

Para aquellos que sembraron la semilla que forjó y unió a esta familia.

PARA TI, :
CON AMOR, PORQUE ; TU LO SABES !.

INDICE DE CONTENIDO

IZT.

I.- INTRODUCCION GENERAL	7
II.- TOPICO CENTRAL.....	23
III.- OBJETIVO ESPECIFICO	23
IV.- ANTECEDENTES TEORICOS	24
V.- RESUMEN	30
VI.- METODOLOGIA	31
VII.- MATERIALES	34
VIII.- OBJETIVOS GENERALES	34
IX.- PROCEDIMIENTO	36
X.- RESULTADOS	37
XI.- DISCUSION	44
XII.- BIBLIOGRAFIA	54
XIII.- ANEXOS	60
XIV.- TABLAS	63
XV.- FIGURAS.....	87

**EVALUACION DE PATRONES CONDUCTUALES Y SOCIOAMBIENTALES
ASOCIADOS CON CANCER MAMARIO**

INTRODUCCION GENERAL

El cáncer ha sido una enfermedad motivo de preocupación para el mundo entero en los últimos años. Los esfuerzos por combatirlo han hecho que la ciencia médica alcance un gran desarrollo en su tratamiento. Aún cuando todavía se desconoce su etiología, por medio de diversas técnicas de tratamiento, se ha observado que el paciente sobrevive por períodos cada vez mas largos.

Además de las perturbaciones propias del mal, el enfermo enfrenta una crisis total que afecta su equilibrio conductual, así como el ambiente familiar y social en el que se desenvuelve. La sola mención de la palabra "Cáncer" en nuestra sociedad tiene una connotación especial que acarrea diversos sentimientos y significados que aumentan el problema.

La medicina contemporánea que está dirigida a prolongar la vida por todos los medios posibles, se ve cada vez más en la necesidad de interactuar con las disciplinas encargadas de los aspectos psicológicos y sociales del hombre para brindarle a este una atención integral que lo ayude a lidiar con las perturbaciones emocionales que este padecimiento le produce.

El ser humano tiene durante su desarrollo normal una aproximación a su propio cuerpo, principalmente en los momentos de crecimiento biopsicológico; si consideramos que una persona que sufre de cáncer, se siente físicamente fuera de control y se vuelve ansiosa de la posibilidad de la potencial pérdida de su propio control, podemos concluir que el cáncer no es solamente una amenaza a la existencia física, sino que es vivido como si atentara contra la propia identidad.

Un aspecto relevante en la formación de la personalidad, responde a la influencia que el medio social ejerce sobre el ser humano, y la índole y carácter de sus reacciones, sus experiencias y sus inevitables fracasos.

A pesar de contar con la edad suficiente para comprender las implicaciones de una enfermedad como el cáncer, el ser humano carece de experiencia, para enfrentar el impacto de su padecimiento.

Al enfrentarse a la enfermedad el ser humano quiere ser tratado como niño/adulto y desea mostrarse fuerte y valiente, pero necesita momentos de amor, apoyo y seguridad en la relación con sus familiares. Su futuro se ve amenazado y existe una gran preocupación por los cambios que puedan darse en sus vidas y actividades.

Estar fuera del trabajo y alejado de amigos y familia, da una sensación de pérdida de lugar. Las hospitalizaciones, los tratamientos y los largos períodos que permanecen en cama significan una pérdida de control, de orgullo y de autoestima. La independencia tan deseada en esta etapa es inalcanzable.

La enfermedad lo fuerza a ser dependiente de sus familiares y del personal médico, ya que en muchas situaciones está fuera de control. Esta dependencia causa en el frustración y enojo, y la enfermedad puede afectar seriamente la habilidad para establecer nuevos valores. La amenaza del futuro y el cambio de vida del paciente con cáncer producen una gran tristeza, que en ocasiones puede convertirse en depresión con síntomas de pérdida de apetito, constipación, incapacidad para reír, dificultad para dormir, irritabilidad y aburrimiento.

Estas consideraciones plantearon la necesidad de llevar a cabo un estudio que permitiera identificar ciertos rasgos de personalidad del ser humano que sufre cáncer y comparar estos con los de personas que no tienen este padecimiento. Las preguntas de investigación que se formularon fueron las siguientes: ¿Es posible conocer a través de una prueba de personalidad una posible constelación de rasgos de personalidad de las personas con cáncer?. ¿Estas características de personalidad, serán diferentes a las que podrían manifestar las personas sin cáncer al responder dichas pruebas?.

Siendo el objetivo de este trabajo profundizar en el estudio de la enferma de cáncer mamario, se considero la hipótesis de que dichas pacientes presentaran características de personalidad diferentes a las de las personas sin cáncer mamario, debido al dramático enfrentamiento que las primeras experimentan ante la enfermedad y sus tratamientos.

Viendo mas allá se puede hipotetizar que algunas de las características conductuales presentes en los pacientes con cáncer quizá jueguen un papel como precursores de dicho padecimiento.

El estudio psicosomático del cáncer mamario ha sido un tema muy controversial, existen diversas opiniones acerca de si el cáncer es causado afectado por motivos psicológicos. Walshe (1846), enfatizó el importante papel de la manera de pensar en la adquisición del cáncer y Ewing (1937), destacó la influencia de este factor en la eclosión de un cáncer en su evolución y en el resultado de los tratamientos. En los años cincuenta una serie de estudios sugirieron que la pérdida de objeto, depresión y desesperanza podrían ser precursores de un cuadro clínico de cáncer.

Stern y Dixon (1961) encontraron una mayor incidencia de cáncer en forma tempranamente invasora en pacientes mujeres con inestabilidad emocional y con problemas maritales y familiares. Cole (1961) consideró que el trauma emocional puede influir en el crecimiento del tumor y facilitar que las células neoplásicas circulantes se transformen en metástasis.

Simonton (1975), utilizando pruebas como el MMPI, encontró que pacientes con cáncer presentan depresión, rechazo y abandono por parte de una figura significativa durante la infancia, imposibilidad de expresión de sentimientos, desconfianza, rigidez de pensamiento, negación y represión como principales mecanismos de defensa.

La Psicología se enfrenta al problema de estudiar el comportamiento de los organismos, a la vez que identifica, define e interviene en las circunstancias que marcan las diferencias entre los individuos.

Sobre estas diferencias se pueden estandarizar pruebas de medición de características individuales, estas características de comportamiento individual están dadas por su historia, o sea su marco histórico y el ambiente en el que se desenvuelve un sujeto, es decir por la interacción de estos dos componentes.

El motivo principal de esta investigación es el estudio de las características conductuales asociadas al Cáncer, enfermedad que tiene una relación directa con el ámbito psicosocial de un individuo que lo padece.

El Cáncer es una enfermedad que no es ocasionada por virus ni bacterias; se supone que es una enfermedad de las llamadas degenerativas, ya que lo que se degenera en concreto, son las células, siendo una enfermedad dolorosa con todas las secuencias ambientales, sociales y psicológicas que implica. Se puede decir, que si no es ocasionada por virus ni bacterias, es una enfermedad "aprendida". Una persona aprende a enfermarse tanto como a jugar fútbol, cualquier enfermedad que no es producida por virus o genes, es aprendida, por ejemplo; una quemadura por descuido, radiaciones, picaduras de animales ponzoñosos, los accidentes, son problemas de salud con un componente conductual, por otro lado, existen problemas de salud crónicos que no se producen por virus ni se transmiten genéticamente, que no son producto de agentes físicos externos y que son por tanto el resultado acumulativo de patrones comportamentales mantenidos por largos períodos, por ejemplo el enojo o la ira; sabemos que cuando alguien se enoja esta "no tolerancia" la aprendió en tal o cual situación.

En una familia con 6 hijos, por ejemplo, si el primero es mujer, al paso del tiempo se le van dando responsabilidades sobre los pequeños y esto puede ocasionar conflictos, los cuales van formando cierta responsabilidad en ella.

Un ejemplo de lo anterior es el vínculo entre conducta Tipo A y los problemas cardiovasculares. Fernández (1987) desarrollo un test que mide conducta Tipo "A", lo cual en la literatura se señala como una relación entre personalidad tipo "A" y padecimientos isquémicos (relacionados al infarto del corazón), esta personalidad se define como un estilo de comportamiento multimodal que incluye: "urgencia", "hostilidad verbal" y "prepotencia", este test evalua 3 factores básicos:

- 1) Prisa = Lucha contra el tiempo o intolerancia a la espera.
- 2) Competitividad = Encontrar en cada persona o situación un reto y,
- 3) Hostilidad = Flotante e ideacional, que equivale a tener fantasías muy agresivas.

La personalidad Tipo "A" es de motivación, de escape o evitación, acelera la conducta y esto conlleva a enfermedades.

Desde 200 A.C.(Galeno) califico a las mujeres melancólicas como mas enfermizas y propensas al Cáncer, y de 20 años atrás a la fecha, los oncólogos reconocen que la motivación y la conducta son pivotes determinantes para el devenir del espectro del Cáncer. Schmale & Iker (1964), asociaron un patrón de separación y pérdida, depresión y desamparo con sobreprotección en el desarrollo del Cáncer. Con Barofsky en 1981 surgió el primer trabajo y conferencia sobre los aspectos psicosociales y la importancia de la medicina conductual asociada con esta enfermedad.

En 1986 (Derogatis) reportó un 34% de una muestra de sujetos con cáncer con stress psicológico, y en 1985 el mismo autor usando otro tipo de prueba y el autoreporte obtuvo como resultado mayor desorden depresivo-afectivo asociados con el dolor y la presencia o ausencia de Metástasis (células con Cáncer) separada del tumor, en el centro nervioso, incluyéndolos en la patología del paciente con cáncer.

En este aspecto psicossomático, Bahnson (1980), demostró por medio de la prueba de Roscharch, que las victimas de Cáncer se adjudican verbalmente adjetivos hacia si mismos mas positivos que negativos, lo cual evidencia que son mas dados a reprimir emociones negativas.

Por medio de la prueba MMPI se ha intentado identificar mecanismos inmuno-endocrinológicos, relacionados al sistema inmune humano, los cuales se podrían trasladar al neoplasma, es decir, al tumor canceroso, ya que la depresión se ha asociado con el cáncer aunque no muy claramente en la patología de esta enfermedad, ya que la depresión se considera un síntoma generalizado y no un síntoma de propagación, por otra parte, los síntomas depresivos se relacionan con el sistema endócrino que regula la respuesta del sistema inmune que es el encargado de defender al organismo humano de todo lo que venga del exterior como; virus, bacterias, agentes químicos, etc. todo esto por medio del sistema neuroendócrino, de una manera integra para producir una respuesta.

Según Ivan Barofsky (1981), la ocurrencia de cáncer es el producto de una secuencia de accidentes biológicos en células afectadas por epidemias y cuando estas formaciones invaden un órgano vital o interrumpen una función vital se produce Cáncer, podríamos decir que este es el modelo GENETICO, en el cual el Cáncer es visto clínicamente como un desorden sistémico, y el sistema linfático (filtrador de la sangre y protector contra enfermedades) se encuentra limitado para regular el desorden.

Bahnson (1969), Simonton (1978), Kissen (1963), Greer (1979), postulan el modelo PSICOGENETICO, en el cual; la respuesta personal a eventos traumáticos (muerte de esposo p.ej.), los factores de la personalidad y los conflictos no resueltos inconscientemente afectan al sistema endócrino y suprimen al sistema inmune; y se asume que es el evento requerido antecedente para transformar una célula aberrante o con predisposición en un tumor canceroso.

Como posible cuadro clínico de Cáncer están: la pérdida de objetivos en la vida, la depresión y la desesperanza.

Los pacientes de cáncer son diferentes en parte a los sanos, pero las diferencias psicológicas pueden atribuirse a los cambios hormonales asociados con la enfermedad. La epidemiología ha estudiado estos estilos de vida como características psicológicas de individuos que posteriormente desarrollan Cáncer.

Existe la creencia de que los estilos de vida en los cuales va incluida la forma de alimentarse, tiene que ver con la prevención de esta enfermedad, como en el caso de los Adventistas de los 7 días en California, E.U., los cuales en su gran mayoría son vegetarianos, aunque algunos comen carne y padecen cáncer en menor porcentaje.

El Cáncer de Colon, Recto, Páncreas y Próstata, así como el de los ovarios es menos frecuente en los vegetarianos por el hecho de consumir mas vegetales verdes, como legumbres, a la vez que frijoles, los cuales contienen proteasas activas que inhiben y bajan el riesgo de desarrollar Cáncer colon-Rectal, también contienen gran cantidad de vitamina A y C, la baja ingestión de grasas animales, carne de todo tipo y alimentos con bajo colesterol, también dan un efecto protector sobre esta enfermedad.

Hay que tomar en cuenta que los tratamientos de Cáncer producen morbilidad psicológica, como la Quimioterapia citotóxica y la radioterapia que produce dolor, nauseas y vomito, estas formas prevaecientes de tratamiento del cáncer resultan en inconformidad y distress, es decir en una forma de stress mas fuerte que el común.

Los estilos conductuales que se estudian en esta investigación los podríamos llamar disposiciones o tendencias del comportamiento, entre ellos se encuentran; la indefensión o desamparo aprendido, que consiste en una actitud del sujeto de darse por vencido con facilidad y que puede conducir al suicidio. Historia de la sobreprotección, que es cuando al individuo se le da mas importancia o protección de la necesaria, que todo lo tiene y cuando no lo tiene se deprime y se da por vencido fácilmente.

Transgresión, que es el hábito de violar el derecho de los demás en beneficio propio, obtiene más reforzamiento que el debido o se lo quita a los demás. Pesimismo, que es cuando el sujeto ha aprendido que no recibirá los reforzadores necesarios para superar sus dificultades. Rigidez, que es la incapacidad para cambiar la estrategia de respuesta, cuando cambian las condiciones de la situación. La Conformidad Social, que es el ser incapaz de defender su manera de pensar cuando los demás sostienen una opinión contraria a la suya, estos estilos pueden ser precursores de enfermedades psicósomáticas.

Ribes y Sánchez (1988), distinguen el estilo interactivo como categoría disposicional de otros tipos de términos disposicionales: los de motivo y competencia que se aplican a los modos individuales de enfrentar situaciones contingenciales, definido por la manera en que un individuo se relaciona con dichas situaciones.

Aun cuando en la historia interactiva del individuo es muy difícil analizar por separado las circunstancias concretas en que tienen lugar los eventos susceptibles descritos bajo términos disposicionales, se pueden planear condiciones experimentales que permitan su evaluación funcional en forma relativamente autónoma. .pa

Por ello a pesar de que los términos de estilo competencia y motivo, hacen referencia a propensiones de acción con base en la

historia del individuo su ámbito de significación es peculiar y distintivo y en consecuencia analizable experimentalmente en forma separada.

El **ESTILO** constituye un patrón funcional de interacción configurado históricamente frente a contingencias socialmente neutras, por otra parte, los **MOTIVOS** son tendencias de comportamiento en forma de preferencias frente a los objetos y eventos de la situación. Y la **COMPETENCIA**, describe capacidades, acciones que producen resultados o logros específicos en situaciones en las que se requiere de habilidad o desarrollo específico para dichos logros.

Por otro lado, es casi imposible clasificar formalmente las situaciones contingenciales, pero hasta la fecha se han podido identificar doce arreglos contingenciales que son :

- 1.- Toma de decisiones: posibilidad de emitir respuesta ante contingencias que implican estímulos competitivos e inciertos en tiempo.
- 2.- Tolerancia a la ambigüedad: es la imposibilidad de discriminar la relación contingencia-no contingencia, o irrelevancia de la señal respecto a la contingencia.

- 3.- Tolerancia a la Frustración: es el mantenimiento de la ejecución bajo condiciones no señaladas de interferencia, disminución, perdida o demora de las consecuencias.
- 4.- Logro: mantenimiento de ejecuciones bajo condiciones señaladas de requisito de respuesta creciente relativa o absoluta.
- 5.- Flexibilidad al cambio: cambios de respuesta ante un numero de contingencias no señaladas o señaladas en alternación o al azar.
- 6.- Transgresión: es responder ante señales de no responder.
- 7.- Curiosidad: son diversas respuestas y estímulos ante contingencias presentes que no lo requieren o preferencia por contingencias variables.
- 8.- Tendencia al riesgo: es la opción por contingencias con probabilidades reales o de aparente consecuencia de valor mayor y/o perdida contingente asociadas, frente a contingencias de constancia mas o menos relativa.
- 9.- Dependencia de señales: ajuste de las respuestas a las señales eventuales sobre la contingencia, que afectan a la ejecución estable cuando se retiran las señales sin haber cambiado la administración de consecuencias.

- 10.- Responsividad a nuevas contingencias y señales: frente a nuevas contingencias o la misma cuando se mantienen las mismas señales.
- 11.- Impulsividad-no impulsividad: correspondencia de las respuestas a las condiciones que disponen o no disponen (señalamiento y consecuencia) en una situación cuyas contingencias no son funcionalmente iguales.
- 12.- Reducción de conflicto: respuestas ante señales concurrentes opuestas o ante opciones de respuesta que implican consecuencias concurrentes ya opuestas o competitivas.

Estos arreglos tienen una función y aplicación en el campo de la psicología clínica como solución de problemas individuales, así como en la educación y el desarrollo, recientemente, Ribes y Sánchez (1990), propusieron una alternativa no clínica a la solución de problemas individuales, ya que ciertos estilos individuales interactivos pueden llegar a ser "instrumentales" en la generación de microcontingencias problema, y esto obliga al análisis y solución de cualquier problema individual en la vida cotidiana.

Estas microcontingencias problema lógicamente van generando ciertos niveles de stress, que pueden aumentar hasta que este estado crónico llegue a estimular órganos específicos del ser humano por medio del sistema endócrino, llegando al grado de generar enfermedades severas; es posible que este sea el caso del Cáncer.

Respecto a la evaluación del Cáncer en un sentido general, se han encontrado algunos problemas usando pruebas estandarizadas pues a veces las respuestas pueden reflejar un aspecto contrario al que deseamos evaluar. Fox (1978), al aplicar la Minnesota en problemas de hipocondriasis obtuvo que esta prueba puede ser insensitiva, es decir inadecuada en personas que han sido diagnosticadas con Cáncer, por esto, el instrumento de medición debe estar diseñado para la cultura que se debe evaluar y para las enfermedades o conductas que se pretende estudiar.

CANCER MAMARIO

Existen varias teorías sobre la multicausalidad del cáncer de este tipo, estas son: virales, genéticas, inmunológicas, hormonales, irritaciones o infecciones crónicas, exposición a sustancias carcinogénicas, variables carcinogénicas relacionadas con la actividad sexual, la edad la nuliparidad, los antecedentes familiares, la alimentación con pecho a bebés, el uso de contraceptivos, los traumatismos, etc. Zuloaga (1981).

OBJETIVO ESPECIFICO DE LA INVESTIGACION

En la introducción observamos que las pacientes cancerosas presentan un patrón de comportamiento común, que consiste en calificaciones positivas para estilos patogénicos generales y según el modelo conductual de riesgo oncológico postula que los estilos precursores de desamparo asociados con las situaciones que provocan stress dan como consecuencia a largo plazo posibilidades de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas. Eysenck (1985); Matarazzo (1983-1984).

ANTECEDENTES TEORICO EMPIRICOS

Recientemente se han reportado estudios que asocian determinados patrones de comportamiento, con el desarrollo de padecimientos crónico degenerativos. Diversos autores coinciden en que determinadas enfermedades son de carácter aprendido y con un perfil conductual específico (Friedman & Roseman 1974; Matarazzo 1984; Eysenck 1985).

La literatura médica sobre factores de riesgo en el desarrollo de problemas oncológicos, se ha concretado al estudio de aspectos epidemiológicos de tipo médico como los hábitos de vida de los pacientes (Glez. y Abate 1982; Alvarez 1984; Barón et al 1986). Antecedentes médicos en la familia, y del paciente (García-Sainz y Borrego-Roman 1981; Pacheco 1983; Viaggio et al 1984; Rawls et al 1986), dejando de lado aspectos de gran importancia en epidemiología conductual.

Desde una perspectiva psicológica se pretende enriquecer el marco conceptual hasta ahora considerado. Además de la información sobre los hábitos de la persona, sus antecedentes médicos y los de su familiares, este estudio siguiendo la trayectoria de Eysenck y Grossarth-Maticeck, incluye información sobre algunos rasgos de personalidad del paciente de cáncer mamario, los rasgos conductuales de sus familiares y el nivel estresante reciente en diferentes áreas de la vida del sujeto.

Postulaciones teóricas recientes (Morris & Greer 1980; Gros-sarth-Maticek, Kanazir, Vetter & Schmidt 1983; Temoshok 1987) proponen el constructo de la personalidad Tipo "C" como una serie de disposiciones conductuales promotoras de la aparición de padecimientos oncológicos.

A pesar de los problemas conceptuales y metodológicos prevalentes en este campo de estudio, la mayoría de los autores coinciden en que los rasgos de personalidad cancerogénicos son tendencias al estoicismo (Temoshok 1987), la "conformidad social" (Antoni & Goodkin 1988), la "sociabilidad" la "rigidez" (Temoshok 1987; Hernández-Pozo, Fragoso, Pérez, Ibarra & Sánchez en prensa), una dificultad en la expresión de emociones negativas (Greer & Morris 1975; Van der Ploeg, Kleijn, Mook, Van Donge, Pieter & Leer 1989), y una marcada tendencia al desamparo y la depresión (Petersen, Smith & Enig 1988).

Desde hace casi dos décadas se empezó a difundir la literatura en Psicología de la Salud, que subraya el papel precursor de determinadas características del comportamiento, sobre algunas enfermedades crónico degenerativas. A pesar de la extensa cantidad de artículos que relacionan la personalidad tipo "A" con los problemas cardiovasculares, aun no se cuenta con una definición precisa de sus componentes (Friedman & Booth-Kewley 1988) ni tampoco se cuenta con una metodología confiable de uso estándar.

Lo mismo sucede con la vinculación etiológica de la personalidad tipo "C" con los padecimientos oncológicos, campo de estudio mas joven que el anterior (Gree & Morris 1975; Grossarth-Maticek, Kanazir, Vetter & Schmidt 1983), que adolece de problemas similares (Temoshok 1987).

Se planeó esta investigación psicométrica como parte de un proyecto general de Salud Conductual en el que se investigan algunas tendencias comportamentales en grupos específicos asociados a problemas de salud (Hernández-Pozo, Fragoso, Pérez, Ibarra & Sánchez en prensa).

Morris & Greer (1980), Grossarth-Maticek, Kanazir, Vetter & Schmidt (1983) y Temoshok (1987) proponen una etiología conductual del cáncer.

Estos autores identifican como la personalidad Tipo "C", a aquellas disposiciones conductuales asociadas a la aparición del padecimiento, o a la baja recuperación.

En este estudio se postula que los estilos precursores de desamparo son:

- 1) Estilo depresivo
- 2) Actitud Pesimista
- 3) Historia de Sobreprotección

Y algunos estilos precursores del stress son:

- 1) Conformidad Social
- 2) Sociabilidad
- 3) Tolerancia a la Frustración
- 4) Tolerancia a la ambigüedad.

Se pretende enfocar este estudio, especialmente en el cáncer mamario pues se asume que haciendo los análisis pertinentes a los comportamientos definidos como estilos, descritos ya para este fin, y por medio de las pruebas diseñadas expreso para la población mexicana, se podrán incluso estandarizar algunas de ellas, para posteriormente ser utilizadas en la detección y quizá en la prevención oportuna de este y otros padecimientos desde la perspectiva psicológica.

Este estudio pretende explorar los estilos conductuales que se mencionan, además de una amplia gama de estilos y hábitos con el fin de determinar de una manera mas clara los rasgos de comportamiento predominantes en las personas que padecen cáncer mamario, y el como estos rasgos pueden atribuirse a este padecimiento para contribuir a su atención primaria.

Se pretende explorar también el vinculo de otros estilos conductuales y la presencia de problemas de tipo oncológico. Los estilos estudiados fueron:

- 1) Rigidez
- 2) Transgresión
- 3) Conformidad Social
- 4) Polifactia
- 5) Prepotencia
- 6) Riesgo
- 8) Locus de Control
- 9) Logro
- 10) Dependencia de Señales
- 11) Urgencia
- 12) Impulsividad
- 13) Depresión
- 14) Curiosidad
- 15) Tolerancia a la ambigüedad
- 16) Tolerancia a la frustración
- 17) Historia de Exposición a Situaciones Problemáticas
(Sobreprotección)
- 18) Sociabilidad
- 19) Pesimismo

También se explora la situación de salud y de vivienda, así como el perfil médico debido a que se consideraron importantes, otra información que también se considero pertinente fueron los datos biográficos.

En este estudio sólo se reportaron los estilos de Conformidad Social Transgresión y Rigidez. En el contexto de una propuesta que ha examinado la importancia de la historia interconductual en la configuración de las situaciones problema que se han denominado como microcontingenciales.

Principalmente se detectan los estilos conductuales asociados con Cáncer Mamario y su desarrollo como parte de una contribución para el modelo conductual predictivo de riesgo patogénico basado en rasgos conductuales, socioambientales y familiares.

RESUMEN

La presente investigación, esta sustentada en la metodología conductual, que contiene un programa de investigación operante que incluye evaluaciones de ejecución computarizadas, que consisten en el análisis de eventos utilizando la estadística como medio de comprobación, además de utilizar en todas las etapas el método científico. En este estudio se presentaron solamente los resultados del autoreporte en cuestionarios.

En esta investigación se trataron de obtener los resultados descritos anteriormente con la finalidad de validar una serie de pruebas diseñadas para la población mexicana, Hernández Pozo (1987). Todas las pruebas fueron diseñadas exprefeso para el presente proyecto, excepto la prueba Locus de Control y la prueba Zung que ya están estandarizadas, se aplicaron 3 pruebas a cada sujeto de los 171 que participaron en el estudio.

En lo que se refiere a las pacientes de cáncer mamario que fueron 33, 10 paquetes de pruebas se aplicaron en un Hospital General de Zona del I.M.S.S. ubicado frente al "Parque de los Venados" en la Ciudad de México, 10 paquetes de pruebas se aplicaron en el Hospital General de la S.S., 8 paquetes de pruebas se aplicaron en el "Hospital de la Mujer", también de la S.S. y 5 paquetes mas fueron aplicados en el "Instituto Nacional de Cancerología".

Además se aplicaron pruebas a 35 mujeres estudiantes, cuyas edades fluctuaron de 18 a 30 años; y a 35 mujeres de la población general, cuyas edades fluctuaron entre los 18 y los 55 años, (amas de casa, empleadas, profesionistas, jubiladas, etc.) a 35 hombres estudiantes cuyas edades fluctuaron entre los 18 y los 30 años de edad, y a 35 hombres de la población general (empleados, técnicos, obreros, profesionistas, etc. cuyas edades fluctuaron entre los 18 y los 55 años de edad y que se encontraran en buen estado de salud.

METODOLOGIA

Se utilizaron un total 171 paquetes de 3 pruebas cada uno a 5 grupos diferentes: Estudiantes Sexo Femenino, Estudiantes Sexo Masculino, Población General Sexo Masculino, Población General Sexo Femenino y Pacientes de Cáncer Mamario.

El grupo numero 1: **ESTUDIANTES SEXO FEMENINO**= Consistió de mujeres estudiantes de preparatoria y universidad con edades que fluctuaron desde los 18 hasta los 30 años y que se encontraran en buen estado de salud en su generalidad se trato de que fueran de clase media, y con una homogeneidad cultural.

Grupo 2: **ESTUDIANTES SEXO MASCULINO**= Consistió de hombres estudiantes de preparatoria y universidad o politécnico, con edades que fluctuaron desde los 18 hasta los 30 años, que se encontraran en buen estado de salud y que fueran de una clase media en su status cultural y social.

Grupo 3: **POBLACION GENERAL MASCULINA** = Este grupo se integró con personas de la población en general que fueran del sexo masculino, con grado de educación no universitario, de status cultural o social bajo o medio, con edades entre los 18 y los 55 años, que se encontraran en buen estado de salud y sin importar la actividad económica a la que se dedicaran.

Grupo 4: **POBLACION GENERAL FEMENINA**= Este grupo se caracterizó por estar constituido de mujeres de la población general en las que no se considero su status socioeconómico cultural, ni su estado civil, únicamente se considero que sus edades fluctuaran entre los 18 y los 55 años y que se encontraran en buen estado de salud.

Grupo 5: **PACIENTES CON CANCER MAMARIO**= En este grupo se consideraron pacientes a las cuales se les hubiera diagnosticado cáncer mamario recientemente o con un tiempo máximo de 6 meses, por lo general fueron pacientes de consulta externa a las cuales en su mayoría se les entrevistó cuando acudieron a sus diferentes clases de tratamiento, ya fuera quimioterapia o radiaciones, también se presentó el caso de entrevistar pacientes que acudían

para recibir su diagnóstico y pacientes que ya habían sido mastectomizadas (ésto es intervenidas quirúrgicamente) y habían perdido una mama o un seno debido a su padecimiento, pero seguían controlándose recibiendo algún tipo de apoyo, no se puede decir exclusivamente psicológico, ya que acudían a recibir instrucciones de como adaptarse una especie de prótesis domestica, o de como ejercitar el brazo del lado del cual habían sido intervenidas quirúrgicamente ya que este perdía movilidad, y en algunos casos como enfrentarse a la vida marital, las que aun la tenían, ya que a algunas las había dejado su esposo a consecuencia del inicio del padecimiento o al ser mastectomizadas.

Sus edades fluctuaron entre los 18 y los 55 años y no se consideró su status socioeconómico cultural. Las aplicaciones de las pruebas se hicieron en forma individual o colectiva, y se procuró que las pruebas fueran terminadas en una sola sesión y por la misma paciente.

Se realizó una investigación psicométrica retrospectiva, comparando sujetos con cáncer y sujetos sanos, universitarios y no universitarios. Para que un sujeto con cáncer pudiera participar en esta investigación se requirió que al momento de este estudio hubiera recibido un primer diagnóstico positivo en un lapso no mayor de 180 días, intentando evitar la contaminación de los datos de auto reporte, con el cuadro resultante del conocimiento de la situación de salud.

MATERIALES

En el Instituto Nacional de Cancerología ubicado en Tlalpan Ciudad de México, se aplicaron los paquetes de pruebas a pacientes con cáncer mamario, en un consultorio acondicionado con escritorio y sillas, localizado en consulta externa, frente a la sección de ginecología.

Las pacientes entraban a realizar sus pruebas mientras hacían antesala para pasar a consulta con su médico o en algunos casos después de que ya habían pasado con este.

OBJETIVOS DEL PROYECTO GENERAL

El objetivo principal consistió en detectar los principales estilos conductuales asociados al desarrollo de padecimientos cancerosos en la población mexicana. Así mismo se deseaba cuantificar la contribución de diferentes factores de riesgo, especialmente de los estilos patogénicos generales y particulares asociados con diferentes tipos de enfermedades neoplasias. Esta información podría servir para construir un modelo predictivo que determinará la posibilidad de que un individuo presente una enfermedad oncológica.

Los propósitos de este estudio fueron:

Determinar si pacientes cancerosas mexicanas muestran una tendencia a la "conformidad social" significativamente superior a la de la población sana.

Determinar si las pacientes cancerosas mexicanas muestran una tendencia a la "transgresión" significativamente superior a la de la población sana.

Y determinar si pacientes cancerosas mexicanas, muestran una tendencia a la "rigidez" significativamente superior a la de la población sana como lo predicen las formulaciones teóricas de la personalidad Tipo "C".

Para la primera evaluación se aplico un cuestionario de 20 preguntas de tipo "falso-verdadero" diseñado exprofeso para medir tendencias al estilo de "rigidez" en la población mexicana. El cuestionario de "rigidez" con los 20 items originales se presenta en el apéndice.

En la evaluación del segundo estilo conductual se aplicó un cuestionario de 23 preguntas de tipo "falso-verdadero" diseñado también exprofeso para medir el estilo de "transgresión" en la población mexicana. El cual se presenta en el apéndice.

Para la evaluación del tercer estilo conductual se aplicó un cuestionario de 25 preguntas también de tipo "falso-verdadero" diseñado exprofeso para medir tendencias al estilo de "conformidad social" en la población mexicana.

PROCEDIMIENTO

Se aplicaron los cuestionarios en forma individual y/o colectiva a la población general y a los pacientes. La aplicación a los estudiantes fue en grupo, aproximadamente a 10 sujetos a la vez en promedio.

En las aplicaciones individuales el experimentador se aseguró de que las personas entendieran cada pregunta, y en algunos casos se leyó el cuestionario a los sujetos. En todos los casos las respuestas de los participantes fueron privadas, es decir, los sujetos escribían sus contestaciones en una hoja de respuestas, sin que el experimentador pudiera darse cuenta de si las respuestas habían sido afirmativas o negativas.

RESULTADOS

Se efectuó un análisis de items por grupo, sexo y estado de salud, revisando que ningún item tuviera frecuencias de verdaderos o falsos superiores al 85%, u omisiones de mas de 20% en todos los grupos. Como producto de este análisis se eliminaron las preguntas: 1, 8, 10, 12, 14, 15 y 17 del cuestionario de "rigidez" ya que las respuestas afirmativas excedieron el criterio señalado.

También como resultado de este análisis se eliminaron 10 preguntas del cuestionario de "conformidad social" que no cubrieron esos criterios. El cuestionario depurado de 15 items se presenta en el apéndice.

Para el cuestionario de "transgresión" se eliminaron 4 preguntas que no cumplieron con esos criterios. En la Tablas 1 a 5 se presentan las frecuencias de "rigidez" de las Mujeres Sanas de la Población General, la Población General Masculina, las Estudiantes Mujeres, los Estudiantes Hombres y las pacientes con Cáncer Mamario respectivamente.

En la tabla 6, se presentan con símbolos los porcentajes de las frecuencias de respuestas de "Rigidez", de las omisiones y de las correlaciones biserials puntuales de todos los grupos participantes por ítem, y los criterios utilizados para decidir si un ítem se eliminaba o se incluía de la prueba. Se aceptaba si al menos en un grupo la correlación biserial puntual excedía a 0.4.

En la Tabla 7, se presentan las medidas de tendencia central de "Rigidez" organizadas por grupos, en la prueba depurada.

La inspección de esas medidas nos revela diferencias entre los grupos de: pacientes con cáncer mamario y estudiantes mujeres, para las primeras la media es mucho mayor que para las segundas, en tanto que para los hombres no se encontraron esas diferencias.

En la Tabla 8 se presenta un análisis de las distribuciones porcentuales de los sujetos de acuerdo a sus calificaciones en la prueba de "Rigidez" en función de la media y desviación estándar de la población sana y esto mismo se representa en la FIGURA No. 1, considerando en ella a la media menos y mas una desviación estándar para cada uno de los grupos participantes.

Estos datos muestran una tendencia en el grupo de las cancerosas a no mostrar calificaciones por debajo de la media menos una desviación estándar. En ese grupo el porcentaje esperado de

sujetos que deberían de haber caído debajo de la media menos una desviación era de 13.0 % , de acuerdo a los datos obtenidos en la población de sanos y se observa un porcentaje de 3.0 % con una distribución normal.

IZT.

Comparando la frecuencia esperada para el grupo de cancerosas, con la obtenida en el grupo de las sanos, se obtuvo una $X^2 = 8.33$ (g.l. = 1, $p < .01$), y en el de sujetos sanos la X^2 fue de 7.10 (g.l. = 1, $p < .05$) sin embargo no se registró una tendencia semejante en la otra cola de la distribución, por lo que se puede afirmar que existe una "ligera" tendencia por parte de las personas que padecen cáncer mamario a responder "rígidamente" en cuestionarios de auto reporte, como se observa en las FIGURAS 2 y 3, que nos muestran las frecuencias de las calificaciones altas y bajas respectivamente obtenidas por los diferentes grupos de sujetos participantes en la prueba de rigidez.

En la Tabla 9, se presentan las frecuencias de respuestas de "Transgresión" en todos los estudiantes Universitarios, (Hombres y Mujeres). En la Tabla 10, las de la Población General Femenina, en la Tabla 11, las de la Población General Masculina y en la Tabla 12, las de las Pacientes de Cáncer Mamario.

En la Tabla 13 se representan con símbolos los porcentajes de las frecuencias de respuestas de "Transgresión", de las omisiones y de las correlaciones biseriales puntuales de todos los grupos participantes por ítem. Los criterios utilizados para

decidir si un ítem se eliminaba de la prueba fueron los siguientes: Si el porcentaje de la frecuencias a responder positivamente era mayor de .85, si el porcentaje de las frecuencias a responder negativamente era menor de .15, si el porcentaje de las omisiones era mayor de .20, o si la correlación biserial puntual era menor de .40.

En la Tabla 14 se proporcionan las medias y desviaciones estándar de los 5 grupos en el test depurado de "Transgresión"; además en esa tabla se presenta la división por sexos de los grupos de estudiantes y de la población general.

Como se puede observar en esa tabla, no se obtuvieron medias significativas entre los diferentes grupos .

Sin embargo basando el análisis en la distribución porcentual de los sujetos que se esperaría en función de las medidas de tendencia central de la población sana (ver Tabla 15), se encontró que los estudiantes se autoreportan como más transgresores que la población sana, (dato que se confirma en la FIGURA No. 4, que nos muestra que las calificaciones mas bajas obtenidas en la prueba de "Transgresión", fueron para la población general y también en la FIGURA No. 5, que nos muestra que las calificaciones más altas obtenidas en esta misma prueba fueron para los estudiantes), en la columna superior de la distribución, la .pafrecuencia observada de casos que excedieron el valor de

9.56 que corresponde a la media + 1 D.E. de la población sana, fue de 111, siendo la frecuencia esperada de 55 ($\chi^2 = 6.97$, gl. = 1, $p < .05$).

En el caso de las estudiantes mujeres este efecto fue mas pronunciado, ya que la frecuencia observada fue de 64 mientras que la esperada fue de 49 ($\chi^2 = 8.12$, gl. = 1, $p < .02$). por otro lado no se registró una tendencia al auto reporte "Transgresor" en la población sana no universitaria, también en la cola superior de la distribución, con 26 casos de sujetos que excedieron la media + 1 d.e., cuando la frecuencia esperada era de 9.5 ($\chi^2 = 5.85$, gl. = 1, $p < .001$), en el caso de los hombres de ese grupo, estos mostraron la misma tendencia con una frecuencia observada de 14 y una esperada de 19.

El grupo de pacientes cancerosas, no difirió en su distribución de la población sana, no mostró calificaciones altas (solo en la cola superior), no mostró puntajes altos, ni bajos; como se observa también en la FIGURA No. 6, en la cual se representan las calificaciones obtenidas por los diferentes grupos participantes en el cuestionario de "Transgresión" por frecuencias ordinales. En los casos que excedieron la media + 1 d.e. fueron 12, siendo 19 la frecuencia esperada y no hubo casos inferiores a 4.37 que correspondió a la media - 1 d.e., siendo el porcentaje esperado de 1.6 o sea una frecuencia de 2.

En la Tabla 16 se presentan las frecuencias de tendencia de respuesta de "Conformidad Social" en 25 preguntas afirmativas y negativas de la Población General Femenina, En la Tabla 17, las de la Población General Masculina, En la Tabla 18, las de las Estudiantes Femeninas, En la Tabla 19, las de los Estudiantes Masculinos y En la Tabla 20, las de las Pacientes con Cáncer Mamario.

En la tabla 21 se representan con símbolos los porcentajes de las frecuencias de respuestas de "Conformidad Social", de las omisiones y de las correlaciones biserials puntuales de todos los grupos participantes por ítem.

Los criterios utilizados para decidir si un ítem se eliminaba o incluía de la prueba fueron: el ítem salía si el porcentaje de la frecuencia de verdaderos era mayor de .85 o si la frecuencia de verdaderos era menor de .15, si la omisiones excedían a 20% en los grupos, y si el porcentaje de verdaderos no tenía el mismo símbolo en todos los grupos. El ítem se aceptaba si al menos en un grupo la correlación biserial era mayor a 0.4.

En la Tabla 22 se presentan las medidas de tendencia central del Cuestionario de "Conformidad Social" de 15 ítems por grupos de sujetos. En la tabla 23, se presenta la distribución porcentual de los sujetos de acuerdo a sus calificaciones obtenidas en la prueba de "Conformidad Social", en función de la media y la

desviación estándar de la población sana, a pesar de no haberse encontrado diferencias significativas entre las medias de los grupos, comparándose las distribuciones de los sujetos que cayeron arriba de la media mas una desviación estándar en el grupo de los sanos, se encontró que el grupo de cáncer mamario tuvo un 6.1 % que estuvo por debajo significativamente ($\chi^2 = 8.182$, gl. =1, $p < .02$) del porcentaje esperado de 16.7%. Esto mismo se observa en la FIGURA No. 7, que representa las calificaciones obtenidas por los diferentes grupos de sujetos participantes en la prueba de "Conformidad Social" en frecuencias ordinales.

Las mujeres estudiantes obtuvieron los índices más altos (26.5 %), como se observa también en la FIGURA No. 8 que nos muestra las calificaciones más altas obtenidas por los diferentes grupos de sujetos participantes en la prueba de "Conformidad Social", mientras que los hombres sanos (estudiantes y población general) junto con las pacientes de cáncer mamario obtuvieron los índices mas bajos de "Conformidad Social", como se observa en la FIGURA No. 9, que nos muestra las calificaciones mas bajas obtenidas por los diferentes grupos de sujetos participantes en la prueba de "conformidad social" por porcentaje de frecuencias.

NOTA: En un estudio posterior hecho sobre 105 sujetos sanos, 63 mujeres y 42 hombres, se aplicó un cuestionario de 18 preguntas de tipo "falso-verdadero", sobre conformidad social. Se estimó la confiabilidad, ítem por ítem, para saber si el cuestionario de conformidad social resultaba mas confiable en un sexo que en el otro. El resultado ($t = 5.70$, con 17 gl.) indica que los ítems resultan mas confiables en el sexo masculino.

En la Tabla No. 24 se presentan los Coeficientes de confiabilidad de todos los participantes, de las mujeres y de los hombres para la prueba de "Conformidad Social".

DISCUSION

Con base en la hipótesis de la personalidad tipo "C", (Temoshok, 1985) en la cual se mencionan ciertos factores que parecen predisponer a algunos individuos a desarrollar mas rápidamente el cáncer o a progresar mas sus estados de enfermedad, se definen tres: a) un control defensivo mas rígido y tendencia al estoicismo, b) dificultad para expresar emociones y actitudes o tendencias al desamparo y desesperanza. Estos grupos de factores no están conectados ni son obviamente similares, sino que cada uno de ellos juega una mayor parte en la promoción del cáncer,

pero a diferentes momentos a lo largo de un continuo de adaptación. Temoshok concibe a la personalidad Tipo "C" como la opuesta a la personalidad Tipo "A", con tendencias estables, cooperativas, inasertivas, pacientes e inexpresivas de emociones negativas, (principalmente la ira).

En la figura 10 se presenta un modelo de cómo un proceso imitativo de la personalidad Tipo "C" se puede desarrollar originalmente como el resultado de patrones de interacción familiares o predisposición genética.

Un Niño aprende a imitar en cierta manera con inevitable desafío los posibles eventos traumáticos y estresantes de su infancia. El individuo Tipo "C" es considerado como simpático, amigable, cooperativo con los demás y raramente da argumentos para pelear, es la persona que gusta de tener vecinos, organizar actividades de caridad local, etc. Además el individuo Tipo "C" frecuentemente puede ganar suficiente autoestima de la aceptación reflejada y las recompensas sociales por el medio ambiente para sentirse psicológicamente balanceado. Sin embargo, una expresión de necesidades y sentimientos crónicamente bloqueada es una idea que tiene consecuencias negativas biológicas y psicológicas. Lo que puede comenzar como una supresión consciente de quejas físicas para servir a otras (por ej. "quiero a mi hermano ahora para decirle que tengo hambre") puede terminar como un patrón habitual de falta de atención aun reconociendo tales señales

biológicas como de dolor o fatiga. Un patrón similar es el pensamiento de la ocurrencia de necesidades psicológicas como: soledad, tristeza, temor, etc. lo cual se puede considerar como señal de que algo está mal y debe ser cambiado, suprimido o construir otro.

El individuo Tipo "C" se puede ver como el crónicamente desamparado y desesperanzado aun cuando esto no lo reconozca conscientemente, en el sentido de que la persona crea básicamente que esto es inútil para expresar las necesidades de uno: las necesidades pueden no ser conocidas por el medio ambiente, y el individuo siente incapacidad para cambiar esta situación.

El individuo Tipo "C" no siempre trata de expresar sus necesidades y sentimientos; estas son escondidas bajo una máscara de normalidad y autosuficiencia. Se ha pensado que este patrón de supresión de necesidades biológicas y psicológicas y la presentación de una máscara fuerte y feliz no pueden causar problemas inmediatamente en algunos ambientes creados idealmente. Sin embargo, eventualmente, las presiones acumuladas y las exigencias de la vida toman una pauta en el individuo en la cual se están convirtiendo en un adormecido dolor biológico y psicológico.

Como se aprecia en la figura 10, el estilo del Tipo "C" interactúa con estresores para crear un incremento de estrés, el cual se vuelve un reto para el mecanismo del Tipo "C". La persona puede comenzar a sentirse deprimida, pero la depresión no está

vinculada con un evento específico; esta es una carga acumulativa de necesidades y sentimientos inexpressados los cuales no pueden ser arreglados adecuadamente. Especulativamente, el estado es colocado como la promoción de una enfermedad.

Relación entre el Tipo "C" y el desarrollo del cáncer. Bajo estrés, un organismo intenta copiar -procesar información medio ambiental problemática- al mas alto nivel posible de organización mental. Si la situación estresante es demasiado problemática para ser procesada al nivel de consciencia, y/o los recursos del individuo para procesar no son capaces de colocar la situación a este nivel, entonces ésta es acomodada al siguiente nivel más alto, o uno más inferior que este y así sucesivamente.

Entonces podríamos suponer que el cáncer surge de situaciones estresantes que son crónicamente acomodadas a un nivel mas bajo de organización (al nivel mental de percepción) el cual tiene como substrato biológico inmunomodulación neuropéptida. Aunque esta teoría es admitivamente especulativa, es congruente con la literatura oncológica psicosocial discutida anteriormente, así como con los modelos propuestos por otros investigadores en esta área (ej. Eysenck, 1985; Greer, 1975; etc.).

Relación entre el desamparo/desesperanza y la expresión de emociones para el curso del cáncer. El modelo presentado en la figura 1 cubre tanto el desarrollo del estilo imitativo del Tipo "C" como la sugerencia de que el individuo Tipo "C" puede ser mas susceptible a transformaciones malignas. Para describir el proceso del cáncer, así como mas procesos psicológicos imitados, se requiere de mas elaboración. El modelo descrito en la Figura 11 .fue desarrollado para acomodar la evidencia acerca de los tres grupos de factores del pensamiento hasta el momento desconectados que juegan una parte en la promoción del cáncer: imitación o procesamiento de estilo Tipo "C", expresión emocional y desamparo/desesperanza.

El estilos Tipo "C" es un frágil acomodamiento del mundo: la homeostásis puede ser lograda en algún grado, pero la homeostásis psicológica es siempre precaria, mientras la homeostásis biológica es severamente forzada. Es creíble que el estilo Tipo "C" no sea el adecuado para lidiar con la carga acumulada o con un estresor especialmente severo. En la Figura 11 este punto está indicado por la etiqueta "romper una carga estresora abrumadora".

El individuo no puede suprimir largamente necesidades, sentimientos o desacuerdos en otros o en su vida misma. Esto es cada vez mas difícil de llevar que antes. Hipotéticamente hay tres posibles desenlaces para esta crisis: (a) los recursos adecuados del individuo y el comienzo del desarrollo de un estilo imitativo mas estable y adecuado; (b) la ruptura de la mascara

Tipo "C", exponiendo la desesperanza crónica pero escondida la cual ahora se transforma en consciente; o (c) el individuo continúa imitando, aunque con un gran reto más fuerte en el sistema, usando el mismo estilo Tipo "C".

La expresión emocional es vista como una contribución al desarrollo de un estilo imitativo más adecuado: el individuo comienza a expresar necesidades y sentimientos, alista apoyo social más genuino en este proceso y es creíble tener un resultado de salud más positivo en tanto el equilibrio biológico y psicológico se alcanza. La intervención psicológica podría ayudar al individuo a cambiar largos estados conductuales y patrones cognitivos. La desesperanza consciente y el desamparo aprendido están hipotetizados por contribuir a un desfavorable resultado de salud, como el individuo abandona el entrenamiento para alcanzar el equilibrio en cualquier área, el estado previo de desequilibrio crónico biológico se exacerba.

Este modelo se puede usar para entender porque algunos estudios han encontrado que el Tipo "C" esta asociado como resultado de medidas de cáncer, mientras otros han encontrado que el desamparo/desesperanza o expresión emocional esta relacionado con los resultados. Esperemos que estas diferencias se atribuyan al punto en el cáncer y el proceso imitativo al cual se conduzca la evaluación psicológica.

Por ejemplo, se ha encontrado que el distress y los indicadores del desamparo/desesperanza están asociados con un pobre pronóstico o muerte de cáncer en estudios longitudinales (ej. Greer et al, 1975; Temoshok et al, 1987). Cuando estas variables psicológicas son evaluadas después del evento traumático del diagnóstico de cáncer, algunos individuos estarán en el punto de ruptura, mientras que otros estarán tendientes hacia el desamparo o a un estilo imitativo mas adecuado. Anticiparíamos que cuando se administre a los individuos medidas psicosociales tiempo después del diagnóstico (el cual es concebido como un mayor estresor, el cual frecuentemente corresponde al punto de ruptura del paciente de cáncer), algunos individuos quienes enferman y se convierten en desesperados y desesperanzados podrán ser capaces de reconstituir dentro sus características del modo Tipo "C". Esto explica porque Greer et al (1975), quien entrevistó sus sujetos de cáncer mamario tres meses después del diagnóstico, encontró que ambas respuestas adaptacionales estóica y desamparo/desesperanza estuvieron asociadas con pobres resultados en el seguimiento.

Esperaríamos que los individuos diagnosticados con ciertos tipos de cáncer podrían encarar sus estresores probablemente más que otros pacientes que imitar sus habilidades abrumadoras. Por ej., los pacientes de cáncer mamario recientemente diagnosticado frecuentemente encaran una orden de selección de tratamientos dolorosos: cirugía desfigurativa, quimioterapia la cual causa nauseas y pérdida de cabello, o terapia de radiación, la cual tiene otros efectos no placenteros.

Con el fin de explorar una consecuencia de la hipótesis de la personalidad tipo "C", se evaluaron verbalmente tres tendencias: a la "Rigidez", a la "Transgresión" y a la "Conformidad Social", en sujetos mexicanos sanos y con cáncer Mamario.

Se encontró que el grupo de pacientes con cáncer mostró una tendencia común de "rigidez", en la forma de una distribución sesgada hacia las calificaciones superiores a la media obtenida en la población sana. Estos datos coinciden con otros hallazgos en el sentido de que la "rigidez" junto con otros estilos de personalidad, posiblemente juegue un papel protagónico generalizado en cualquier tipo de cáncer. Se evaluó verbalmente la tendencia a la "transgresión" en sujetos mexicanos sanos, y con cáncer Mamario, con el fin de estimar las tendencias diferenciales en esos grupos en cuanto a dicho estilo conductual. Se encontraron tendencias "Transgresoras" en estudiantes universitarios, tendencias "no transgresoras" en población sana

no universitaria y en pacientes con Cáncer Mamario. Estos hallazgos no apoyan la tesis de que la "transgresión" juega un papel protagónico generalizado en cualquier tipo de cáncer. Se evaluó verbalmente la tendencia a la

"Conformidad Social" en sujetos mexicanos sanos y con cáncer mamario, con el fin de explorar parcialmente la hipótesis de la presencia de características conductuales distintivas asociadas con la aparición del cáncer. Se encontraron tendencias opuestas en los dos grupos. Los sujetos con cáncer mamario mostraron menos "Conformidad Social" que los de los grupos control.

Estos hallazgos no apoyan la tesis de que la "Conformidad Social" juegue un papel protagónico generalizado en cualquier tipo de cáncer, por lo tanto es posible que los sujetos con cáncer mamario tengan un perfil conductual de alta rigidez, no transgresión y conformidad social media baja.

Al tanto de las limitaciones asociadas al empleo de cuestionarios en las investigaciones sobre personalidad (Krahe 1989), se considera aconsejable la aplicación de procedimientos conductuales no verbales, para medir los estilos de personalidad. En otro lugar Hernández-Pozo, Rossi, Harzem y Fernández (en prensa) describen una técnica de situación "abierta" del estilo de "urgencia temporal" para la personalidad tipo "A" donde existen diferentes maneras de obtener un reforzamiento utilizando un videojuego de computadora que forza a responder pausadamente y

también se presenta un estudio "cerrado" para medir "Rigidez" (Hernández-Pozo y Sánchez en prensa) y otro para medir "Transgresión" (Hernández-Pozo, Millan y Sánchez, sometido). Estos estudios fueron "cerrados" porque incluyeron criterios de precisión y restringieron la forma de la obtención de reforzamiento. (En este estudio no se dio reforzamiento). La ventaja de situaciones de simulación computarizadas radica en que los sujetos no pueden manipular tan fácilmente los resultados, dado que el propósito de la evaluación no es tan transparente para ellos (Hernández-Pozo, Luna y Fernández, en preparación). Un arreglo experimental parecido para medir las tendencias a la "conformidad social", el "desamparo aprendido" y la "Tolerancia a la Frustración", sería muy útil para esclarecer la asociación de la personalidad tipo "C" con diferentes padecimientos oncológicos, de los que se sospecha son el resultado del aprendizaje de patrones de comportamiento así como el empleo conjunto de procedimientos psicométricos conductuales en la evaluación sistemática de las diferencias individuales que presentan las personas en diferentes situaciones contingencialmente equivalentes y emplear tales arreglos experimentales en la medición no verbal de las tendencias comportamentales asociadas al cáncer y a otras enfermedades crónico degenerativas.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, C.A. (1984) "Prevención del Cáncer". Signos Argentinos, 4, (12), 51-53.
- Antoni, M.H. & Godkin, K. (1988) "Host Moderator variables in the promotion of cervical neoplasia-I". Personality facets. Journal of Psychosomatics Research, 32, (3), 327-338.
- Bahnson, M.B. & Bahnson, C.B. (1969) "Ego Defenses in Cancer Patients". Amn. N.Y. Acad. Sci. 164, 546-557.
- Bahnson, C.B. (1980) Stress & Cancer:" The State of The Art:Part I: Psy- Psychosomatics, 21, 975-981.
- Barofsky, I. (1981) Issues & Approaches to the Psychosocial Assessment of the Cancer Patient. Medical Psychology. Contributions to behavioral Medicine. Academic Press. Inc. 5, 55-64.
- Baron, J. A., Byers, T., Greenberg, E. R., Cummings, K. M., y Swanson, M. (1986) "Cigarette smoking in women with cancer of the breast and reproductive organs". Journal of the National Cancer Institute , 77, 3, 677-680.
- Bayes, R. (1985) Psicología Oncológica: Prevención y Terapéutica Psicológica del Cáncer. Barcelona: Ediciones Martines Roca.
- Cole, W. & Cols. (1961) "Disemination of Cancer". Nueva York: Appleton, p.271.

- Cuenca, A., Segon, A. y Valencia, M. (1987) "Estudio Comparativo de las Características de personalidad de un grupo de adolescentes con cáncer y un grupo de adolescentes sin cáncer a través de la prueba M.M.P.I." Rev Del INC. vol. 33, No.2, 345-353.
- Derogatis, L. R. (1986) " Psychology in cancer medicine: A perspective and overview". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 54, (5), 632-638.
- De The, G. (1987) "Sobre la pista del Cancer", México: CONACYT.
- Ewing, J. (1931) "Neoplastic Diseases" (3rd. Ed.), Philadelphia: Saunders, Co. pag.87.
- Eysenck, H. J. (1985) "Personality, Cancer and Cardiovascular disease: A causal analysis". Personality and Individual Differences, 6, (5), 535-556.
- Farber, E. (1988) "Cancer development and its Natural History". A Cancer Prevention Perspective. Cancer, Vol. 62, No. 8, 1676-1679, American Cancer Society. Lippincott Company. U.S.A.
- Garrido, M., Juarez, P. (1983) "Epidemiología del cáncer mamario". Estudio en cuatro clínicas del Instituto Mexicano del seguro Social. Boletín Oficial Sanitario de Panamá. 95, (6), 516-524.
- Greer, S. (1979) "Psychological Attributes of women with breast Cancer". Cancer Detect. Prev. 2, 289-294.
- Greer, S. (1979) "Psychological enquiry: A Contribution to Cancer research". Psychological Medicine, 9, 81-89.

- González, L. J., Abbate, E. H. (1982) **Tabaco y Enfermedad. Signos Universitarios**, 4, (9), 45-51.
- Friedman, M. y Roseman, R.H. (1974) **"Type A Behavior and your Heart"**, New York: Knopf.
- Friedman, H.S. & Booth-Kewley S. (1988) **Validity of the type A construct A Reprise. Psychological Bulletin**, 104, (3), 381-384.
- Fox, B.H. (1978) **"Premorbid Psychological Factors as related to cancer incidence"**. *Journal of Behavioral Medicine*, I, 45-133.
- García-Sainz, M. y Borrego-Roman, R. (1981) **"Factores de riesgo asociados al cáncer mamario"**. Estudio Epidemiológico retrospectivo. *Gaceta Medica de México*. 117, (8), 323-331.
- Johnson, E. H. y Broman, C. L. (1987) **"The relationship of anger expression to Health problems among black americans in a National Survey"**. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, (2), 103-116.
- Kissen, D.M. (1963) **"Personality Characteristics in males conductive to lung cancer"**. *Br. J. Med. Psychol.* 36, 27-36.
- Krahe, B. (1989) **"Faking Personality Profiles on a standard personality inventory"**. *Personality and individual differences*, 10 (4), 437-443.
- Liebowits, J. (1988) **"A Microcomputer-based Expert Systems prototype for helping the layperson find specific information on breast cancer questions"**. *Comput Educ.* vol. 12, No. 4, pp. 465-470. G.B.

- Matarazzo, J.D. (1983) **"Behavioral Health; a 1990 challenge for the health and illness"**. Psychology and Health. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Matarazzo, J. D. (1984) **"Behavioral Immunogens and pathogens in sciences professions"**. Matarazzo, J.D., Weiss, S.M. (Eds). Behavior & Health: A Handbook of the health enhancement and disease prevention. pp. 1-40.
- Morris T. y Greer S. (1980) **"Type C" for cancer?. Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer**. Cancer Detection and Prevention, 3, (1), Abstract 102.
- Mor V., Guadagnoli E., Masterson-Allen S., Silliman R., Glicksman A.S., Cummings F.J., Goldberg R.J. & Fretwell M.D. (1988) **"Lung, breast and Colorectal Cancer: The Relationship between extent of disease and age of diagnosis"**. Journal American Geriatrics Society, Vol. 36, pp. 873-876.
- Pacheco, J. M. (1983) **"Notas Epidemiológicas"**. Revista de Salud Pública. 17, (20), 152-153.
- Peteet, J. R. (1987) **Psychological factors in the causation and course of cancer**. International Journal of Cancer. 37, 537-546.
- Planas, L. y Rodríguez, M. (1982) **"Cancer de endometrio, Factores de Riesgo"**. Revista Cubana de obstetricia y Ginecología, 8, 338-351.
- Rawls, W. E., Lavery, C., Marrett, L. D., Clarke, E. A., Adam, E., Melnick, J. L., Best, J. M., Kraiselburd, E., Benedet, L. J., Brenes, M. M., Quiroz, E., Reeves, W.C. (1986) **"Comparison of risk factors for cervical cancer in different populations"**. International Journal of Cancer , 37, 537-546.

- Scherg, H. (1987) "Psychosocial Factors and disease bias in breast cancer patients". *Psychosomatic Medicine*, 59, (3), 302-312.
- Schmale, A.H. & Iker, H.P. (1964) "The affect of hopelessness in the development of cancer: Part I". The prediction of uterine cervical cancer in women with atypical cytology. *Psychosomatic Medicine*, 26, 634-635.
- Simonton, O.C. & Simonton, S. (1975) "Belief Systems and Management of the emotional aspects of malignancy". *Journal of Transpersonal Psychology*, 78, 29-47.
- Simonton, O.C., Mathews-Simonton, S. & Creighton, J. (1978) "Getting well again: A Step-by Step, Self-Help Guide to Overcoming Cancer for Patients and their families", J.P. Tarcher, Los Angeles.
- Stern, E. & Dixon, W.J. (1961) "Cancer of the Cervix. A Biometric approach to etiology". *Cancer*, 14, 153.
- Takrani, L. B. (1986) "Cancer presenting as mental illness". *Psychiatric Journal of the University Ottawa*, 11, 235-237.
- Temoshok, L. (1987) "Personality, coping style, emotion and cancer: Toward and integrative model". *Cancer Surveys*, 6, (3), 545-567.
- Van der Ploeg H.M., Kleijn W.Ch., Mook J., Van Donge M., Pleters A.M.J. y Leer W. H. (1989) Rationality and antiemotionality as a risk factor for cancer: Concept differentiation. *Journal of Psychosomatic research*, 33, (2), 217-225.

- Viaggio, J., Sanguinetti, F. A., Marín, J. (1984) "Estudio Epidemiológico basado en 27,000 consultas de patología mamaria". *Obstetricia y Ginecología Latinoamericana*, 42, (1-2), 24-26.
- Walshe, W.H. (1846) "The Nature and Treatment of Cancer". London: Taylor and Walton.
- Wermers, G. W., Dasgupta, J. D., Dubey, D. P. (1987) "Stress, the immune system and cancer", en x, 33-62.
- Yu, M. C., Mack, T. M., Hanisch, R., Cicioni, C., y Henderson, B. E. (1986) "Cigarette smoking, obesity, diuretic use, and coffee consumption as risk factors for renal cell carcinoma". *Journal of the National Cancer Institute*, 77, 2, 351-356.
- Zuloaga, L. (1981) "Cancer del cervix y sus factores de riesgo". Estudio de casos controles. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 32, (4) 219-232.

ANEXOS

APENDICE

TEST DE TRANSGRESION

DEPURADO CON 19 ITEMS

U.N.A.M. PROYECTO EX-CON 88

1. Por lo general cumpla con los reglamentos.
2. Evito a las personas que no se portan adecuadamente.
3. La gente debe observar las leyes morales mas estrictamente.
4. Por lo regular me siento ofendido cuando otros me critican.
5. Dudar de las sagradas escrituras o de cualquier religion es un pecado.
6. Pago a tiempo mis impuestos.
7. Otras personas deben de hacer las cosas mas fáciles para nosotros, y deben ayudarnos con las dificultades de la vida.
8. Por lo general evito responsabilidades que no considero importantes aunque algunas personas consideren que sí lo son.
9. Ser diferente me hace sentir incómodo(a).
10. Prefiero ser independiente de otros al tomar mis decisiones.
11. Esta justificado pasarse los altos cuando uno tiene mucha prisa.
12. Cuando una fila es muy larga, no me remuerde la consciencia meterme adelante.
13. Me sentiría muy mal entablando relaciones amorosas con personas casadas.
14. Creo que diría la verdad sobre las circunstancias de un accidente aún a costa de mis intereses.
15. Si el gobierno prohibiera una manifestación, de seguro que yo no asistiría a ésta.
16. Robarse cosas de las tiendas de vez en cuando, es un juego peligroso que mejora los sentidos y que no le hace daño a nadie.
17. Evito leer las cartas personales de otras personas, bajo cualquier circunstancia.
18. Es un abuso que no tiene perdón cuando una persona se va sin pagar después de haber consumido algún alimento.
19. No esta mal oír las conversaciones privadas.

TEST DE CONFORMIDAD SOCIAL

DEPURADO CON 15 ITEMS

U.N.A.M. PROYECTO EX-CON 88

1. Con frecuencia me desvío de mis actividades normales, si se trata de ayudar a alguien en apuros.
2. Puede decirse que casi siempre pongo en su lugar, a los que se quieren pasar de listos conmigo.
3. Tengo fama de ser amable aun con personas desagradables.
4. He insistido en hacer las cosas a mi manera, contra los deseos de otras personas.
5. Los que se dejan pisotear por otros son unos tontos a los que no vale la pena ayudar.
6. Por lo general no tomo como ataque cuando me corrigen por un error que cometí.
7. En general mis amigos me buscan porque soy buena gente.
8. Con frecuencia hablo mal de otras personas.
9. Como las autoridades son injustas y cometen errores, se justifica que la gente proteste.
10. Cuando alguien me habla lo escucho con atención, aunque tenga otras cosas que hacer.
11. He fingido estar enferma(o), para evitar hacer algo que me desagradaba.
12. Cuando tengo que opinar sigo la opinión de mis amigos.
13. Ofrezco mi ayuda a los amigos y familiares, antes de que ellos me la pidan.
14. Me cuesta muchísimo trabajo llevarme con personas que hablan con voz muy alta, o que son "pesadas".
15. Cuando alguien actúa en mi contra, prefiero desquitarme a "poner la otra mejilla".

TEST DE RIGIDEZ

DEPURADO CON 13 ITEMS

U.N.A.M. PROYECTO EX-CON 88

1. Me molesta tratar con personas que no están seguras de lo que dicen.
2. Los horarios fijos y la vida ordenada van con mi forma de ser.
3. Con frecuencia empiezo proyectos que no termino.
4. Una persona que es fuerte en situaciones cotidianas, puede desmoronarse en las crisis.
5. Me gusta tener un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar.
6. La mayoría de las discusiones que tengo son porque la gente no respeta las normas.
7. Cualquier pregunta tiene más de una respuesta.
8. Pienso que es exagerado molestarse por la impuntualidad de otros.
9. Dime con quien andas y te diré quien eres.
10. Repudio a todos los delincuentes; repruebo el que alguien cometa un delito.
11. Considero que ser estricto(a) es una cualidad.
12. Me gusta tomar rutas diferentes para ir a mi trabajo.
13. Critico a los que se forman opiniones rígidas de otras personas, sin conocerlas bien.

CUESTIONARIO DE RIGIDEZ C/20 ITEMS

POBLACION GENERAL

MUJERES

N = 35

PREGUNTAS		% "V"	% OMIS.	CORR.BIS.
1	+	91.4	0	.242
2		68.6	0	.511*
3		62.9	0	.404*
4		28.6	0	.408*
5		60.0	0	.195
6	+	91.4	0	-.24
7		45.7	0	.181
*8	+	88.6	0	-.02
*9	+	85.7	0	.219
*10	+	97.1	0	.001
11		71.4	0	.278
12	-	08.6	0	.181
13		54.3	0	.224
14		68.6	0	.276
15		45.7	0	.071
16		68.6	0	.243
17		20.0	0	.174
18		54.3	0	.406
19		68.6	0	.041
20		82.9	0	.252

TABLA 1

CUESTIONARIO DE RIGIDEZ C/20 ITEMES

POBLACION GENERAL

HOMBRES

N= 35

PREGUNTAS		% "V"	% OMIS.	CORR.BIS.
1	+	91.4	0	-.07
2		77.1	0	.518*
3		51.4	0	.666*
4		31.4	0	.342
5		70.6	2.9	.298
6		80.0	0	.559*
7		68.6	0	.230
*8	+	94.3	0	-.23
*9	+	88.6	0	.328
*10	+	100.0	0	0
11		54.3	0	.344
12		34.3	0	.046
13		62.9	0	.472*
14		74.3	0	.314
15		71.4	0	.115
16		55.9	2.9	.412*
17		34.3	0	.320
*18		57.1	0	.392
19		42.9	0	-.29
20		82.9	0	.451

TABLA 2

CUESTIONARIO DE RIGIDEZ C/20 ITEMES

ESTUDIANTES

MUJERES

N= 34

PREGUNTAS		% "V"	% OMIS.	CORR.BIS.
1	+	91.2	0.0	.297
2		61.8	0.0	.579*
3		50.0	0.0	.627*
4		35.3	0.0	.309
5		63.6	3.0	.488*
6		82.4	0.0	.192
7		23.5	0.0	.508*
*8	+	85.3	0.0	-.14
*9	+	88.2	0.0	.112
*10	+	100.0	0.0	0
11		47.1	0.0	.520*
12		26.5	0.0	.300
13		42.4	2.9	.278
14		63.6	2.9	.396
15		70.6	0.0	.130
16		47.1	0.0	.640*
17	-	11.8	0.0	.397
*18		52.9	0.0	.382
19		44.1	0.0	-.17
20		82.4	0.0	.064

TABLA 3

CUESTIONARIO DE RIGIDEZ C/20 ITEMS

ESTUDIANTES

HOMBRES

N = 34

PREGUNTAS		% "V"	% OMIS.	CORR.BIS.
1	+	85.3	0	-.52
2		79.4	0	-.35
3		42.4	2.9	.226
4		32.4	0	-.39
5		47.1	0	-.18
6	+	93.9	2.9	-.75
7		42.4	2.9	.247
*8	+	100.0	0	-.10
*9		78.8	2.9	.057
*10	+	100.0	0	-.90
11		44.1	0	-.12
12	-	14.7	0	-.03
13		69.7	2.9	-.03
14		63.6	2.9	.014
15		75.0	5.9	.203
16		36.4	2.9	.274
17		43.8	5.9	.040
*18		46.9	5.9	.135
19		57.6	2.9	-.61
20		81.8	2.9	-.62

TABLA 4

CUESTIONARIO DE RIGIDEZ C/20 ITEMS

PACIENTES CON CANCER MAMARIO

N = 33

PREGUNTAS		% "V"	% OMIS.	CORR.BIS.
1		69.7	0	.123
2		84.8	0	.144
3	+	87.9	0	.367
4		60.6	0	.313
5		56.3	3.0	.307
*6	+	97.0	0	.229
7		81.8	0	.354
*8	+	93.9	0	-.20
9		78.8	0	.549
10	+	93.9	0	.133
11		69.7	0	.444*
12		54.5	0	.087
13		66.7	0	.100
14	+	87.9	0	.327
15		75.8	0	.226
16		81.8	0	.118
17		28.1	3.0	.338
*18		75.8	0	.277
19		53.1	3.0	-.30
20		78.8	0	.166

TABLA 5

CUESTIONARIO DE RIGIDEZ C/20 ÍTEMES

IT No	POBL. FEM.			ESTUD. FEM.			POBL. MAS.			ESTUD.MASC.			CANCER MAM.			DESCI.
	%F	%O	CB	%F	%O	CB	%F	%O	CB	%F	%O	CB	%F	%O	CB	INCLU.
1	+			+			+			+						NO
2			*			*			*							1
3			*			*			*				+			2
4			*													3
5						*										4
6	+								*	+			+			5
7						*										6
8	+			+			+			+			+			NO
9	+			+			+								*	7
10	+			+			+			+			+			NO
11						*									*	8
12	-									-						NO
13									*							9
14													+			NO
15																NO
16						*			*							10
17				-												NO
18			*													11
19																NO
20									*							12

CRITERIOS: EL ÍTEM SALE SI

% F + = > .85
 %F - = < .15
 %OM - = > .20

TABLA 6

CUESTIONARIO DEPURADO DE RIGIDEZ

GRUPOS UTILIZADOS	N	ITEMES = 13				
		X	D E	MED	MIN	MAX
ESTUDIANTES						
MUJERES	34	6.618	2.547	6	1	11
HOMBRES	34	7.176	2.081	7	3	11
SUMA DE ESTUDIANTES	68	6.897	2.325	7	1	11
POBLACION GENERAL						
FEMENINA	35	7.143	1.665	7	3	11
MASCULINA	35	7.457	2.571	7	2	12
SUMA DE POBLACION	70	7.300	2.156	7	2	12
PACIENTES DE CANCER MAMARIO						
MUJERES SANAS	69	6.884	2.146	7	1	11
HOMBRES SANOS	69	7.319	2.329	7	2	12
SUMA DE SANOS	138	7.101	2.241	7	1	12

TABLA 7

CUESTIONARIO DE RIGIDEZ

CALIFICACION ORDINAL

GRUPOS UTILIZADOS	N	BAJA	MEDIA	ALTA
		1 F (%)	2 F (%)	3 F (%)
ESTUDIANTES				
MUJERES	34	7 (20.6)	20 (58.8)	7 (20.6)
HOMBRES	34	3 (8.8)	26 (76.5)	5 (14.7)
SUMA DE ESTUD.	68	10 (14.7)	46 (67.6)	12 (17.6)
POBLACION GENERAL				
FEMENINA	35	2 (5.7)	31 (88.6)	2 (5.7)
MASCULINA	35	6 (17.1)	21 (60)	8 (22.9)
SUMA DE POBLAC.	70	8 (11.4)	52 (74.3)	10 (14.3)
PACIENTES DE CANCER MAMARIO				
MUJERES SANAS	69	9 (13.0)	51 (73.9)	9 (13.0)
HOMBRES SANOS	69	9 (13.0)	47 (68.1)	13 (18.8)
SUMA DE SANOS	138	18 (13.0)	98 (71.0)	3 (15.9)

BAREMOS DE LOS SANOS

	BAJA	MEDIA	ALTA
N = 138			
-			
X = 7.101	1	2	3
D.E. = 2.241	0 - 4.86	5 - 8	9.342 - 13

TABLA 8

CUESTIONARIO DE TRANSGRESION CON 23 ITEMS

ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

FEMENINO				MASCULINO			
N=85				N=85			
ITEM	% F	% OMI	CORR BIS	SENTIDO DE LOS ITEMS	% F	% OMI	CORR BIS
1	61.6	0	-.04	-	84.8	1.2	.5
2	85.3	0	.246	-	69.7	1.2	.191
3	58.4	9.4	.202	-	62.2	3.5	.286
4	52.4	1.2	-.07	-	56	1.2	.241
5	50.7	11.8	.232	-	62.2	3.5	.286
6	47.4	10.6	.275	+	40.2	3.5	.359
7	58.8	0	-.27	-	78.8	1.2	.505
8	56.8	4.7	-.15	-	61	3.5	.174
9	60.7	1.2	-.49	+	70.7	3.5	.059
10	31.6	10.6	.122	+	16.9	2.4	.24
11	51.9	4.7	.1	+	48.1	0	.513
12	57	7.1	-.06	-	59	2.4	.23
13	86.6	3.5	.448	+	88.1	1.2	.071
14	59.5	12.9	.446	+	54.8	1.2	.167
15	44.6	2.4	.391	+	43.5	0	.113
16	41.5	3.5	.343	-	57.3	3.5	.538
17	38.6	17.6	.382	-	43.2	4.7	.084
18	69.6	7.1	.251	-	59	2.4	.354
19	91.2	0	-.1	PREGUN. +VERDAD	100	0	----
20	15.3	0	-.05	+	17.9	1.2	.325
21	37.3	2.4	.227	-	41.2	0	.237
22	34.1	3.5	.146	-	41.7	1.2	.343
23	27.3	1.2	-.49	-	33.3	1.2	.61

TABLA 9

CUESTIONARIO DE TRANSGRESION CON 23 ITEMS

POBLACION GENERAL

FEMENINA N=35

PREGUNTAS	% F.	SENTIDO DE LOS ITEMS	% OMI.	CORR. BIS.
1	77.1	-	0	.459
2	85.7	-	0	.407
3	65.7	-	0	.517
4	44.1	-	2.9	.418
5	45.7	-	0	.289
6	31.4	+	0	.044
7	70.6	-	2.9	.44
8	11.8	-	2.9	.233
9	20.6	+	2.9	-.04
10	45.7	+	0	.079
11	48.6	+	0	-.18
12	22.9	-	0	.091
13	71.4	+	0	.122
14	25.7	+	0	.355
15	22.9	+	0	.35
16	77.1	-	0	.321
17	74.3	-	0	.118
18	67.6	-	2.9	.521
19 PREG. VERD.	94.3	+	0	-.05
20	14.3	+	0	.278
21	88.6	-	0	.277
22	82.9	-	0	.433
23	31.4	-	0	-.07

TABLA 10

CUESTIONARIO DE TRANSGRESION CON 23 ITEMS

POBLACION GENERAL

MASCULINO N=35

PREGUNTAS	SENTIDO DE LOS ITEMS	% F.	% OMI.	CORR. BIS.
1	-	82.9	0	.525
2	-	85.7	0	.263
3	-	85.7	0	.456
4	-	60	0	.179
5	-	50	2.9	.465
6	+	37.1	0	.297
7	-	65.7	0	.278
8	-	8.6	0	.325
9	+	17.6	2.9	.474
10	+	51.4	0	.08
11	+	62.9	0	.145
12	-	42.9	0	.214
13	+	77.1	0	.264
14	+	25.7	0	.441
15	+	31.4	0	.458
16	-	54.3	0	.587
17	-	74.3	0	.402
18	-	62.9	0	.458
19	PREG. VERDAD +	97.1	0	-.03
20	+	22.9	0	.442
21	-	80	0	.312
22	-	85.7	0	.456
23	-	22.9	0	.044

TABLA 11

CUESTIONARIO DE TRANSGRESION CON 23 ITEMS

CANCER MAMARIO FEMENINO N=33

PREGUNTAS	SENTIDO DE LOS ITEMS	% F.	% OMI.	CORR. BIS.
1	-	90.9	0	.261
2	-	81.8	0	.572
3	-	90.9	0	.261
4	-	75.8	0	.315
5	-	75.8	0	.249
6	+	60.6	0	.366
7	-	90.9	0	.164
8	-	6.06	0	.255
9	+	66.7	0	.063
10	+	72.7	0	-.1
11	+	69.7	0	-.02
12	-	75	3	.189
13	+	84.8	0	-.45
14	+	45.5	0	.508
15	+	63.6	0	.22
16	-	68.8	3	.36
17	-	59.4	3	.145
18	-	50	3	.3
19 PREG. VERDAD	+	83.9	6.1	-.13
20	+	45.2	6.1	.21
21	-	83.9	6.1	.457
22	-	84.4	3	.284
23	-	54.8	6.1	.221

TABLA 12

CUESTIONARIO DE TRANSGRESION CON 23 ITEMES

TABLA DE SIMBOLOS

IT	ESTUD. FEM.			POBL.G.FEM.			ESTD. MAS.			POBL.G.MAS.			CANCER MAMA			DESI INCLU ITEM	
	No.	%F	%O	CB	%F	%O	CB	%F	%O	CB	%F	%O	CB	%F	%O		CB
1				-										+		-	1
2		+		-	+					-	+		-				2
3				-						-	+					-	3
4				-						-			-			-	4
5				-			-			-						-	5
6				-			-			-			-			-	NO
7				-									-	+		-	6
8				-	-		-			-	-		-			-	NO
9							-			-						-	7
10				-			-			-			-			-	NO
11				-			-	-					-			-	8
12				-			-			-			-			-	9
13		+					-	+		-			-				10
14							-			-							11
15				-			-			-						-	12
16				-			-									-	13
17				-			-						-			-	14
18				-						-						-	15
19		+		-	+		-	+		-	+		-			-	NO*
20				-	-		-			-							16
21				-	+		-			-			-				17
22				-						-	+					-	18
23							-						-			-	19

CRITERIOS: EL ITEM SALE SI

% F + = > .85
 % F - = < .15
 % OM - = > .20

TABLA 13

 * PREGUNTA VERDAD NO SE CONSIDERA PARA FINES ESTADISTICOS Y SOLO SE UTILIZA PARA DETECTAR SI LOS SUJETOS CONTESTABAN AL AZAR.

CUESTIONARIO DE TRANSGRESION

		DEPURADO			ITEMES = 16				
	FILE	N	DESCR	\bar{X}	D S	MED	MIN	MAX	
H	{TRSMF	21	F HIP	3.429	1.989	3	1	8	
I	{TRSHM	12	M HIP	3.667	1.723	3.5	1	7	
P	{TRSH	33	T HIP	3.515	1.873	3	1	8	
E	{TRSEF	85	F EST	6.529	1.743	6	3	11	
S	{TRSEM	85	M EST	6.329	2.146	6	2	12	
T	{TRSE	170	T EST	6.429	1.952	6	2	12	
P	{TRSPF	35	F POG	5.371	2.451	5	1	12	
O	{TRSPM	35	M POG	5.543	2.914	5	1	13	
G	{TRSP	70	T POG	5.457	2.674	5	1	13	
C	{TRSCCU	33	CACUT	4.273	1.973	4	1	10	
A	{TRSCM	33	CANMA	5.483	1.938	5	3	11	
N	{TRSCAN	66	TOCAN	4.879	2.034	5	1	11	
	TODOS	339	F Y M	5.643	2.367	6	1	13	
X S									
E	{TRS#F	207	T FEM	5.493	2.218	5	1	12	
X	{TRS#M	132	T MAS	5.879	2.453	6	1	13	

		339							

TABLA 14

CUESTIONARIO DE TRANSGRESION

CALIFICACION ORDINAL

	N	BAJA	MEDIA	ALTA
		1 F (%)	2 F (%)	3 F (%)
TRSEF	85	2 (2.4)	60 (70.6)	23 (27.1)
TRSEM	85	4 (4.7)	59 (69.4)	22 (25.9)
TRSE	170	6 (3.5)	119 (70)	45 (26.5)
TRSPF	35	8 (22.9)	21 (60)	6 (17.1)
TRSPM	35	10 (28.6)	17 (48.6)	8 (22.9)
TRSP	70	18 (25.7)	38 (54.3)	14 (20)
TRSCM	33	5 (15.2)	23 (69.7)	5 (15.2)
TRS#F	207	41 (19.8)	129 (62.3)	37 (17.9)
TRS#M	132	20 (15.2)	82 (62.1)	30 (22.7)

TABLA 15

CUESTIONARIO DE CONFORMIDAD SOCIAL C/25 ITEMES

POBLACION GENERAL

MUJERES

N = 35

PREGUNTAS	% "V"	% OMIS.	CORR.BIS.
1	80.5	0	.125
2	65.7	0	-.02
3	71.4	0	.378
4	+ 100.0	0	0
5	71.4	0	.245
*6	54.3	0	.016
7	28.6	0	.194
*8	25.7	0	.244
*9	77.1	0	.377
10	65.7	0	.426
11	17.1	0	.401*
12	74.3	0	.239
13	42.9	0	.382
14	+ 85.7	0	.519*
15	+ 91.4	0	.264
16	25.7	0	.403*
17	77.1	0	.264
*18	- 5.7	0	-.05
19	74.3	0	.133
*20	54.3	0	.277
21	34.3	0	.407*
22	45.7	0	.095
23	82.9	0	.184
24	+ 91.4	0	.095
25	74.3	2.9	-.08

TABLA 16

CUESTIONARIO DE CONFORMIDAD SOCIAL C/25 ITEMS

POBLACION GENERAL

HOMBRES

N = 35

IZT.

PREGUNTAS		% "V"	% OMIS.	CORR.BIS.
1	+	88.6	0	-.10
2		80.3	0	-.30
3		77.1	0	.405*
4	+	88.6	0	.051
5		68.6	0	.170
*6		65.7	0	.043
7		57.1	0	.099
8		48.6	0	.441
*9		73.5	2.9	-.97
*10		65.7	2.9	.208
11		17.1	5.7	.464*
12		74.3	0	.193
13		42.9	0	.291
14	+	85.7	0	.438*
15	+	91.4	2.9	-.13
16		25.7	0	.289
17		77.1	0	.127
18	-	5.7	0	.463
19		74.3	0	.401*
20		54.3	0	.490
21		34.3	2.9	.380
22		45.7	2.9	-.17
23		82.9	2.9	.360
24	+	91.4	0	-.41
25		74.3	2.9	.001



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

TABLA 17

CUESTIONARIO DE CONFORMIDAD SOCIAL C/25 ITEMS

ESTUDIANTES

MUJERES

N = 34

PREGUNTAS		% "V"	% OMIS.	CORR.BIS.
1		73.5	0	.298
2		73.5	0	.576*
3		76.5	0	.277
4	+	97.1	0	.309
5		64.7	0	.412*
*6		58.8	0	.325
7		24.2	2.9	.151
8		32.4	0	.537
*9	+	94.1	0	.108
10		79.4	0	.538
11		17.6	0	.509*
12		67.6	0	.207
13		32.4	0	0
14		82.4	0	.117
15		76.5	0	.704*
16		38.2	0	.220
17		63.6	2.9	.363
*18		75.9	0	.161
19		64.7	0	.560*
20		50.4	0	.426
21		58.8	0	.630*
22	-	14.7	0	-.32
23	+	88.2	0	.188
24	+	87.9	2.9	.057
25	+	85.3	0	.178

TABLA 18

CUESTIONARIO DE CONFORMIDAD SOCIAL C/25 ITEMS

ESTUDIANTES

HOMBRES

N = 34

PREGUNTAS		% "V"	% OMIS.	CORR.BIS.
1		73.5	0	.321
2		79.4	0	.312
3		79.4	0	.193
4	+	94.1	0	.215
5		73.5	0	.396
6	+	85.3	0	.450
7		44.1	0	.151
*8		32.4	0	.390
9	+	90.9	2.9	.478
*10		64.7	2.9	.197
11	-	12.1	2.9	-.10
12		70.6	0	.242
13		32.4	0	.183
14		82.4	0	-.27
15	+	88.2	0	.118
16		29.4	0	.243
17		55.9	0	.025
*18	-	11.8	0	.130
19		82.4	0	.139
*20		61.8	0	.109
21		60.6	2.9	.469*
22	-	8.8	0	-.18
23		84.8	2.9	.294
24	+	94.1	0	.215
25	+	88.2	0	-.02

TABLA 19

CUESTIONARIO DE CONFORMIDAD SOCIAL C/25 ITEMS

PACIENTES CON CANCER MAMARIO

N = 33

PREGUNTAS	SENTIDO DE LOS ITEMS	% "V"	% OMIS.	CORR.BIS.
1	+	81.8	0	.285
2	+	65.6	3.0	-.04
3	-	87.5	3.0	.117
4	+	90.6	3.0	.519
5	+	75.8	0	.148
6	-	78.1	3.0	.275
7	-	65.6	3.0	.347
8	-	51.5	0	-.05
9	+	69.7	0	.028
10	+	78.8	0	.510
11	-	30.3	0	.394
12	-	69.7	0	.387
13	+	45.5	0	.274
14	-	78.1	3.0	-.37
15	+	90.6	3.0	.582
16	-	36.4	3.0	.438
17	+	37.5	3.0	.186
18	+	42.4	0	.356
19	+	69.7	0	.166
20	-	69.7	0	.035
21	-	36.4	0	.211
22	PREGUNTA - VERDAD	9.1	0	.280
23	+	77.4	6.1	.170
24	+	62.5	3.0	.164
25	-	97.0	0	-.30

TABLA 20

CUESTIONARIO DE CONFORMIDAD SOCIAL CON 25 ITEMES
TABLA DE SIMBOLOS

No.	ESTUD. FEM.			POBL.G.FEM.			ESTD. MAS.			POBL.G.MAS.			CANCER MAMA			DESI INCLU ITEM
	%F	%O	CB	%F	%O	CB	%F	%O	CB	%F	%O	CB	%F	%O	CB	
1							+									NO
2						*										1
3									*				+			2
4	+			+			+			+			+		*	NO
5						*										3
6										+		*				4
7																NO
8						*			*							5
9				+						+		*				6
10			*			*									*	7
11			*			*			*	-						8
12																NO
13																NO
14	+		*				+		*							9
15	+					*	+			+			+		*	10
16			*												*	11
17																NO
18	-						-		*	-						12
19						*			*							13
20						*			*							14
21			*			*						*				15
22				-						-			-			NO
23				+												NO
24	+			+			+			+						NO
25				+						+			+			NO

CRITERIOS: EL ITEM SALE SI

% F + = > .85

% F - = < .15

%OM - = > .20

TABLA 21

CUESTIONARIO DE CONFORMIDAD SOCIAL

DEPURADO

ITEMES = 15

GRUPOS UTILIZADOS	N	\bar{X}	D E	MED	MIN	MAX
ESTUDIANTES						
MUJERES	34	8.441	3.037	8.5	1	14
HOMBRES	34	8.412	1.69	8	5	12
SUMA DE ESTUDIANTES	68	8.426	2.439	8	1	14
POBLACION GENERAL						
FEMENINA	35	8.829	1.948	9	5	13
MASCULINA	35	7.914	2.106	8	4	12
SUMA DE POBLACION	70	8.371	2.065	8	4	13
PACIENTES DE CANCER MAMARIO	33	8.132	1.629	8	5	12
MUJERES SANAS	69	8.638	2.532	9	1	14
HOMBRES SANOS	69	8.490	2.281	8	4	12
SUMA DE SANOS	138	8.399	2.249	8	1	14

TABLA 22

CUESTIONARIO DE CONFORMIDAD SOCIAL

CALIFICACION ORDINAL

GRUPOS UTILIZADOS	N	BAJA	MEDIA	ALTA
		1 F (%)	2 F (%)	3 F (%)
ESTUDIANTES				
MUJERES	34	8 (23.5)	17 (50)	9 (26.5)
HOMBRES	34	3 (8.8)	27 (79.4)	4 (11.8)
SUMA DE ESTUD.	68	11 (16.2)	44 (64.7)	13 (19.1)
POBLACION GENERAL				
FEMENINA	35	3 (8.6)	25 (71.4)	7 (20)
MASCULINA	35	10 (28.6)	22 (62.9)	3 (8.6)
SUMA DE POBLAC.	70	13 (18.6)	47 (67.1)	10 (14.3)
PACIENTES DE CANCER MAMARIO				
MUJERES SANAS	69	11 (15.9)	42 (60.9)	16 (23.2)
HOMBRES SANOS	69	13 (18.8)	49 (71)	7 (10.1)
SUMA DE SANOS	138	24 (17.4)	91 (65.9)	23 (16.7)

BAREMOS DE LOS SANOS

	BAJA	MEDIA	ALTA
N = 38			
$\bar{X} = 8.399$	1	2	3
D.E. = 2.249	0 - 6.15	7 - 9	10.64 - 15

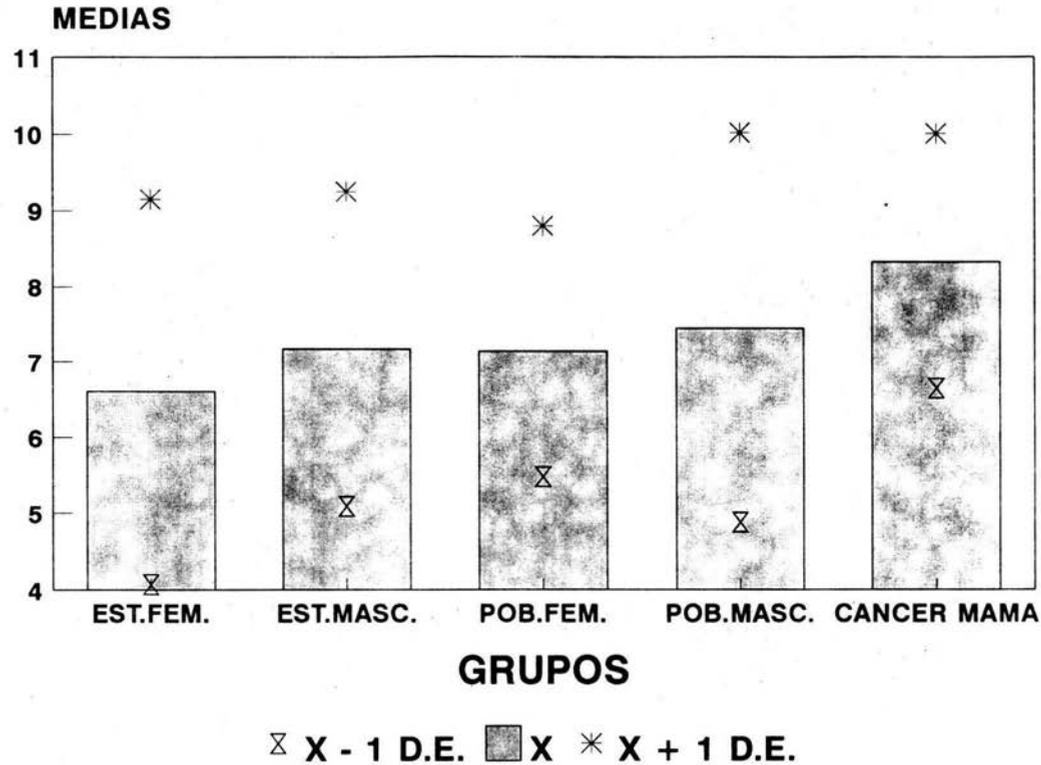
TABLA 23

CONFIABILIDAD DEL TEST DE CONFORMIDAD SOCIAL

ITEM NUM.	TIPO	COEF. TODOS	COEF. MUJERES	COEF. HOMBRES
1	V	.6282	.4474	.7126
2	V	.8465	.8103	.9129
3	F	.7049	.6123	.8062
4	V	.6334	.6480	.6124
5	F	.6061	.5910	.6414
6	F	.6963	.5654	.8514
7	F	.5960	.4661	.6903
8	V	.5167	.4822	.6202
9	V	.8597	.7737	1.0000
10	F	.6217	.6954	.5270
11	V	.7267	.6106	.8677
12	F	.7178	.5908	.8963
13	F	.7313	.6663	.8563
14	V	.5457	.4582	.7303
15	V	.5411	.4857	.6213
16	V	.7045	.5694	.8456
17	F	.6031	.5543	.6598
18	F	.6857	.7002	.6659

TABLA 24

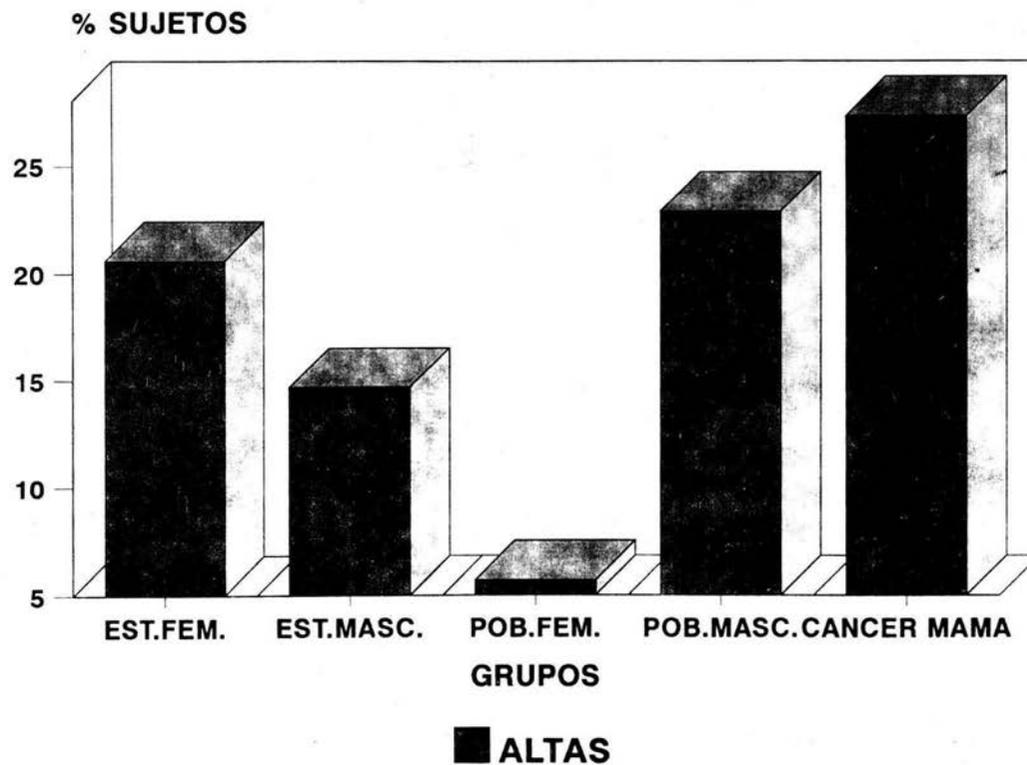
CALIFICACIONES ORDINALES RIGIDEZ



FRECUENCIAS ORDINALES

FIGURA No 1

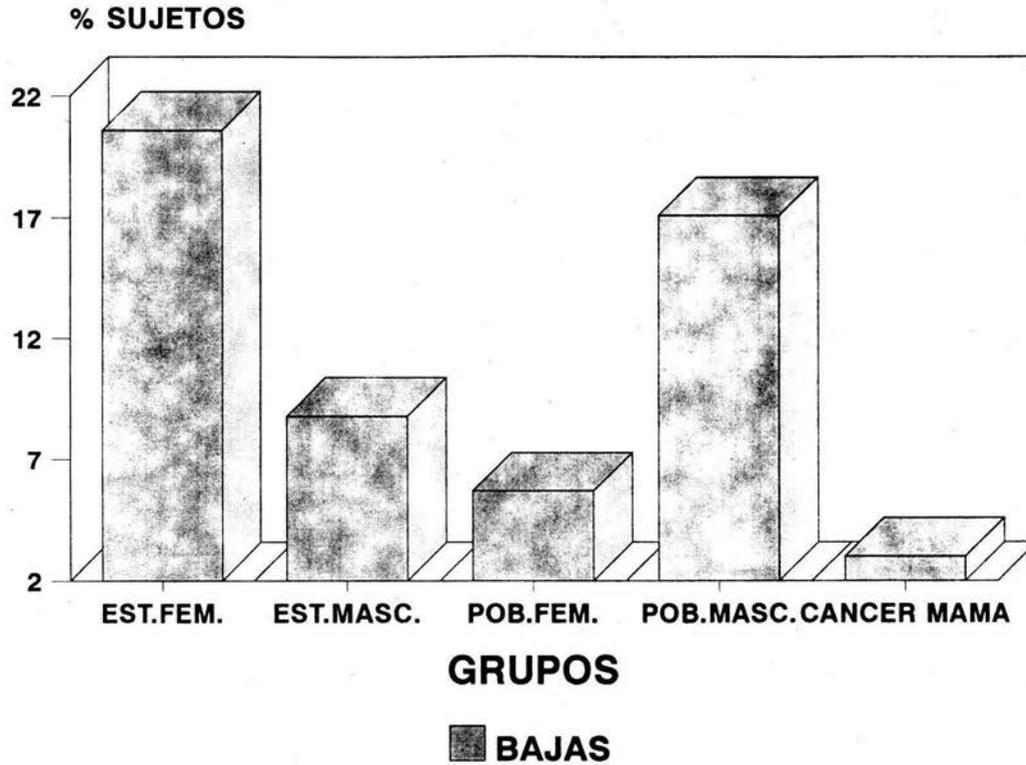
CUESTIONARIO DE RIGIDEZ



% FRECUENCIAS

FIGURA No. 2

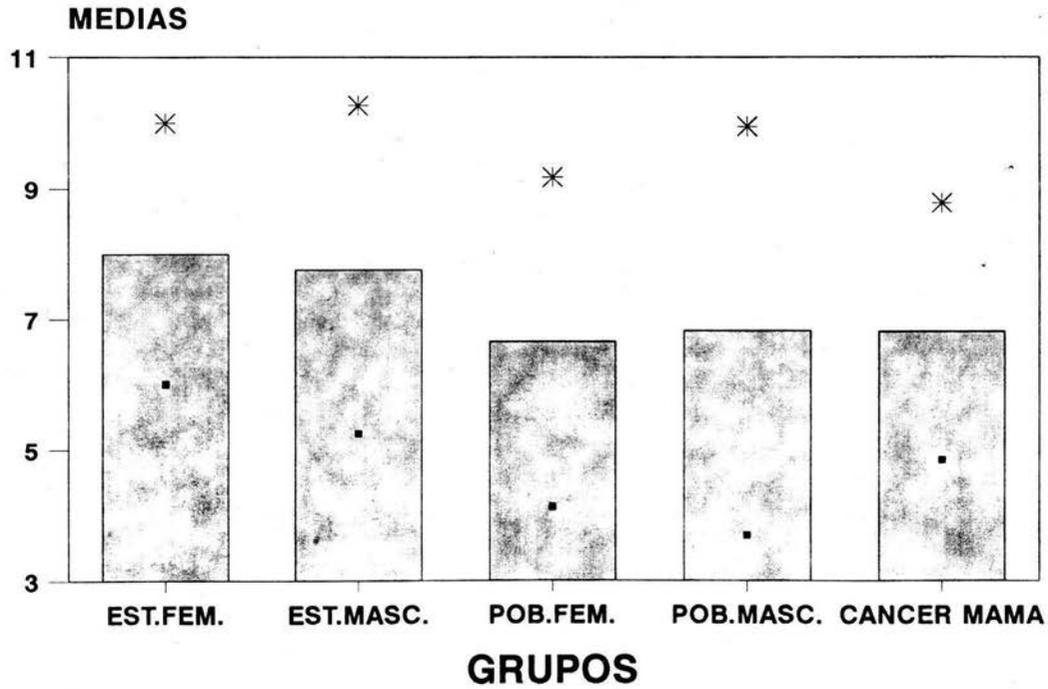
CUESTIONARIO DE RIGIDEZ



% FRECUENCIAS

FIGURA No. 3

CALIFICACIONES CUESTIONARIO TRANSGRESION

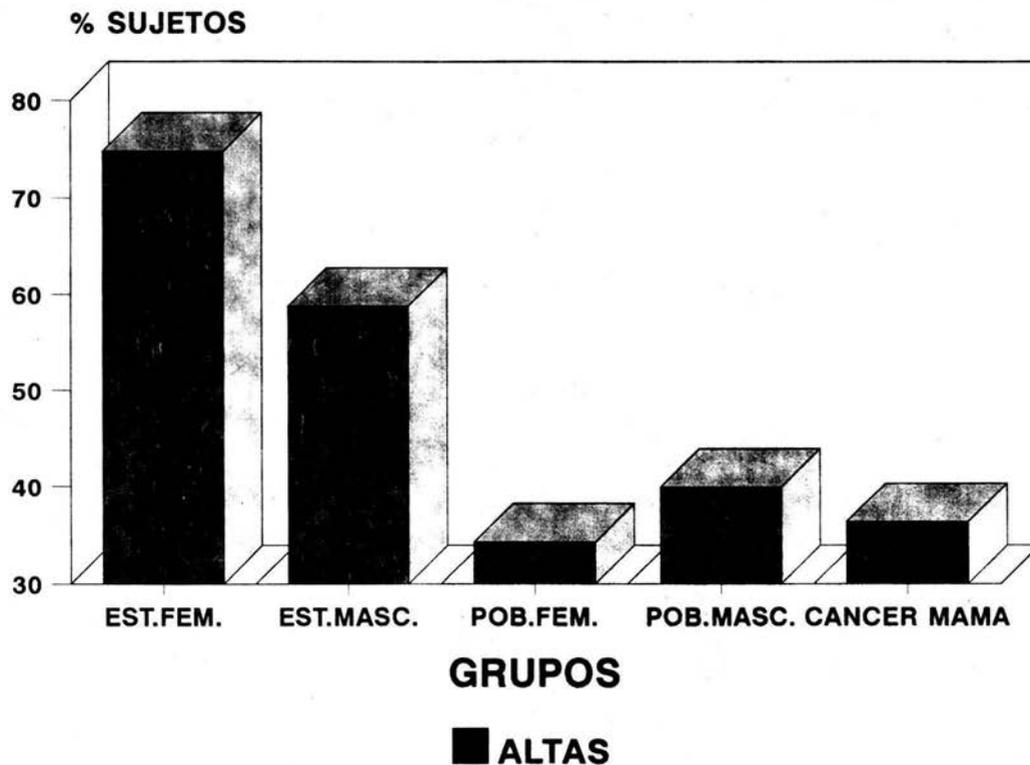


▪ X - 1 D.E. □ X * X + 1 D.E.

FRECUENCIAS ORDINALES

FIGURA No. 4

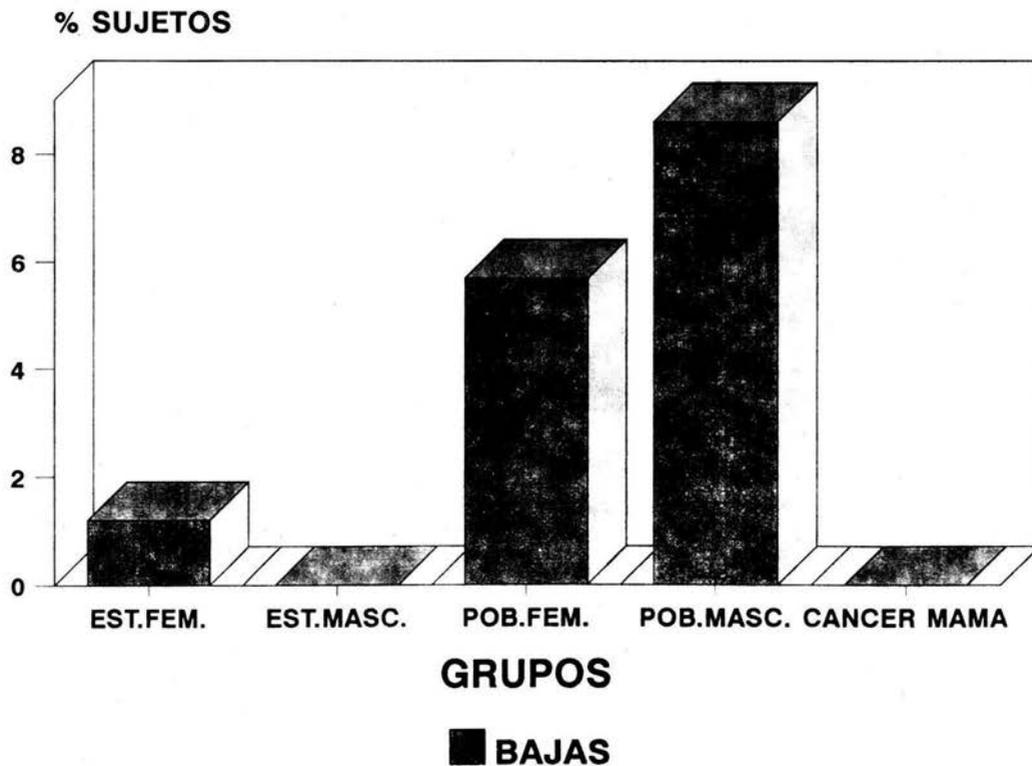
CUESTIONARIO DE TRANSGRESION



% DE FRECUENCIAS

FIGURA No. 5

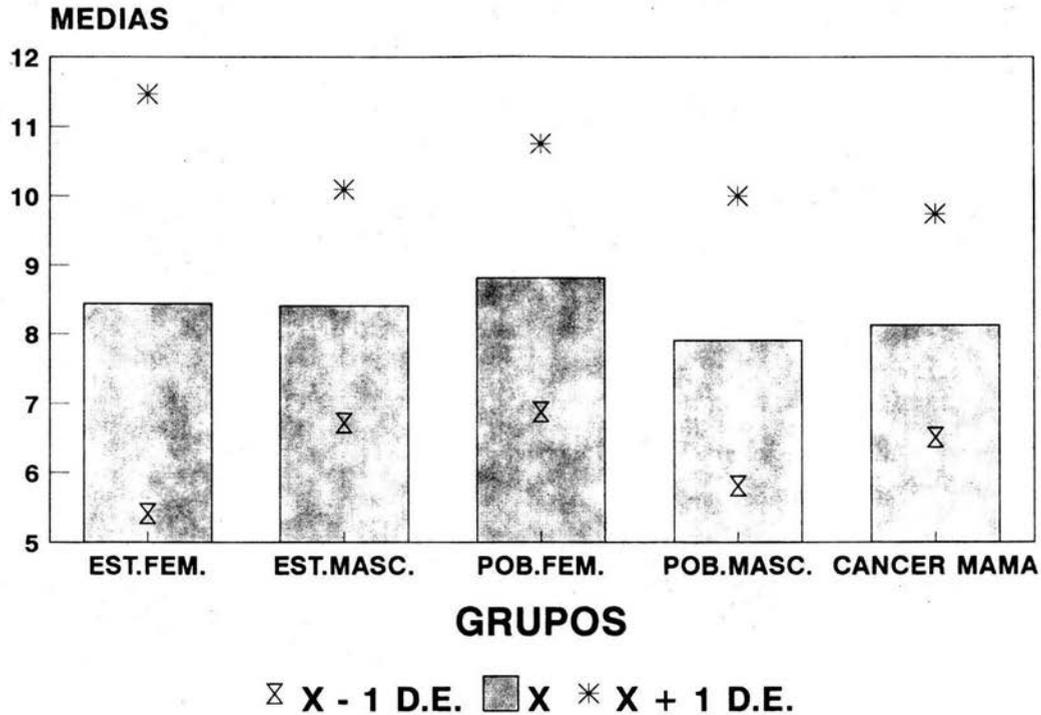
CUESTIONARIO DE TRANSGRESION



% FRECUENCIAS

FIGURA No. 6

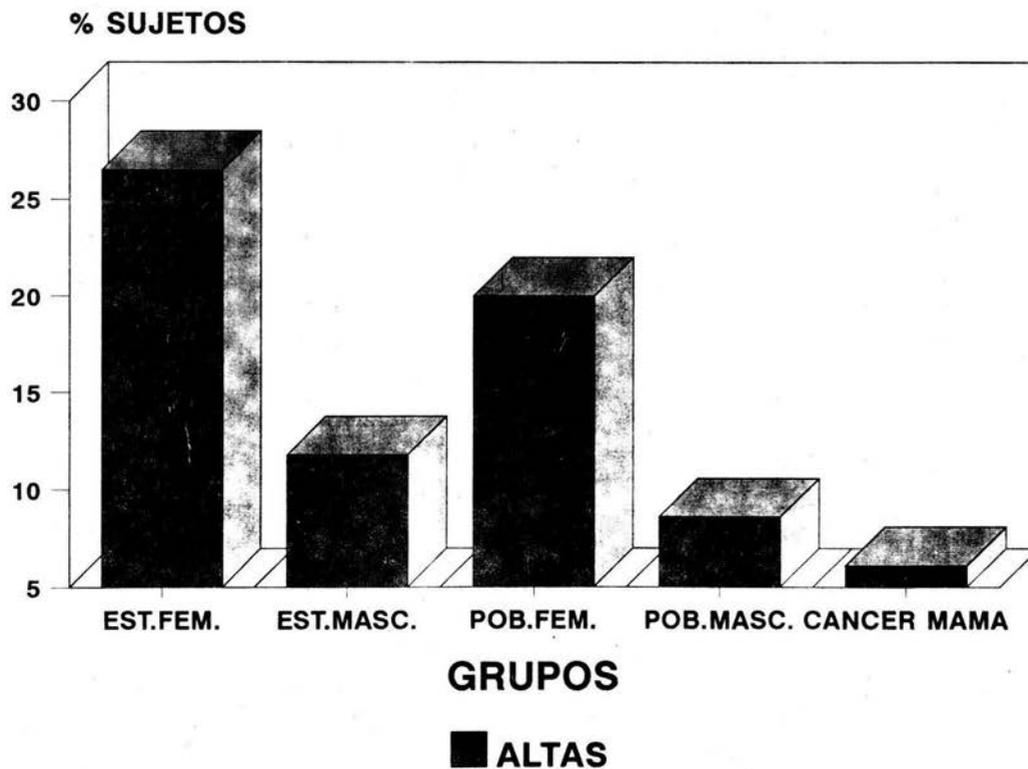
CALIFICACIONES ORDINALES DE CONFORMIDAD SOCIAL



FRECUENCIAS ORDINALES

FIGURA No. 7

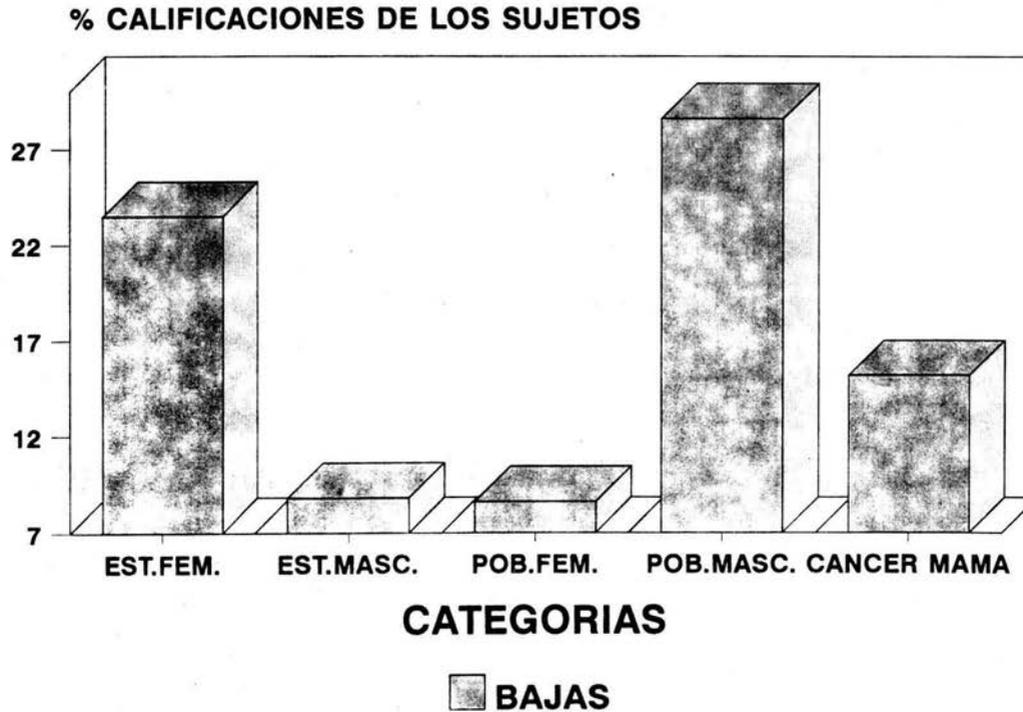
CUESTIONARIO DE CONFORMIDAD SOCIAL



% FRECUENCIAS

FIGURA No. 8

CUESTIONARIO CONFORMIDAD SOCIAL POR GRUPOS



% DE FRECUENCIAS

FIGURA No 9

FIG. 10 DESARROLLO DEL ESTILO IMITATIVO TIPO "C".

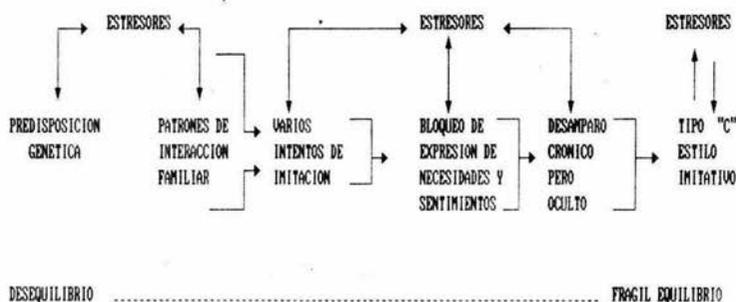


FIG. 11 UN PROCESO DEL MODELO DE IMITACION Y RESULTADO DE CANCER.

ROMPER UNA CARGA DE
ESTRESOR ABRUMADOR
(E.J. Dx. DE CANCER)

