



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MASTER EN PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS
PALIATIVOS**

TRABAJO FIN DE MASTER

**AUTOESTIGMA EN MUJERES CON CÁNCER
GINECOLÓGICO Y SU ASOCIACIÓN CON
ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA**

Alumna: Rosario Lajo Lazo

Tutor: Juan Antonio Cruzado Rodríguez

Mayo de 2021



VISTO BUENO PARA LA PRESENTACIÓN Y DEFENSA DEL TFM

Master en Psicooncología y Cuidados Paliativos

Universidad Complutense de Madrid

Curso académico 2020/21

El Prof./es ..JUAN ANTONIO CRUZADO, Tutor/es del Trabajo Fin de Master del alumno/a D. / Dña .Rosario Lajo Lazo. titulado *Autoestigma en mujeres con cáncer ginecológico y su asociación con ansiedad, depresión y calidad de vida* da el visto bueno para que sea presentado y defendido ante el tribunal evaluador correspondiente, para la obtención del título de Master en Psicología General Sanitaria.

En Somosaguas, a 2.. de mayo de 2021

**CRUZADO
RODRIGUEZ
JUAN ANTONIO
- 05344743A**

Firmado digitalmente por CRUZADO
RODRIGUEZ JUAN ANTONIO -
05344743A
Nombre de reconocimiento (DN): c=ES,
serialNumber=IDCES-05344743A,
givenName=JUAN ANTONIO,
sn=CRUZADO RODRIGUEZ,
cn=CRUZADO RODRIGUEZ JUAN
ANTONIO - 05344743A
Fecha: 2021.05.02 19:52:43 +02'00'

Fdo: Juan A. Cruzado

Esta autorización debe ser insertada en la segunda página de todos los Trabajos Fin de Master conducentes a la obtención del Título de Master Psicooncología y Cuidados Paliativos.

**DECLARACIÓN DE NO PLAGIO
MASTER EN PSICOONCOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Dña. Rosario Lajo Lazo con NIF Y7454680A, estudiante del **Master en Psicooncología y Cuidados paliativos** de la Universidad Complutense de Madrid, curso 2019-2021, como autora de este documento académico, titulado: **AUTOESTIGMA EN MUJERES CON CÁNCER GINECOLÓGICO Y SU ASOCIACIÓN CON ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA**, presentado como Trabajo Fin de Master, para la obtención del título correspondiente, cuyo tutor/es: Juan Cruzado.

DECLARO QUE:

Este trabajo es producto de mi trabajo personal, que no he copiado, que no he utilizado ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones diversas, sacadas de cualquier obra, artículo, memoria, o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito de otro o de cualquier otra fuente.

De igual, manera soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/ de otro orden.

En Somosaguas, a 1 de mayo de 2021


Fdo. Rosario Lajo Lazo

AGRADECIMIENTOS

Iniciar un trabajo de investigación en un momento tan difícil como fue abril del 2020 fue, sin lugar a duda, un gran desafío, pero sabía que podía culminarlo pues tuve el apoyo y la confianza de muchas personas a quienes deseo expresar mi profundo agradecimiento al culminar este camino.

Al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, en donde se inició esta investigación sobre cáncer ginecológico.

Al Instituto de Salud de la Mujer José Botella Llusía, del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, en especial al Dr. Javier García Santos por el apoyo incondicional y la confianza con la que desde el primer momento nos acogió e integró en el Equipo de Ginecooncología del Hospital Clínico San Carlos. A la Dra. Mónica Bellon del Amo y al Dr. Pluvio Coronado. De la misma manera, a la Dra. Gloria Marquina del Área de Oncología Médica por el apoyo constante a nuestra labor. Sin todos ellos, no hubiera sido posible iniciar y continuar con la investigación.

A los psicólogos especialistas que nos dieron su valiosa opinión en la validación del Cuestionario sobre Estigma Internalizado, utilizado en la presente investigación: Dra. Celia Ibáñez del Prado, Dra. María Eugenia Olivares Crespo, Dra. Mónica Bernaldo de Quiroz, Dra. Mari Mar Gómez, Dra. Carmen Yelanos, Dr. José Ignacio Robles, Dra. Marta Torrijos Zarcero, Dra. Soledad Bolea y Dra. Carmen Rived Ranz.

No hubiera sido posible la culminación de esta investigación sin el apoyo desinteresado de la Asociación de Afectados por Cáncer de Ovario (ASACO) de Madrid y Zaragoza, en persona de la presidenta Sra. Charo Hierro y la vicepresidenta Sra. Soledad Bolea. Ellas nos brindaron su plataforma virtual para la difusión de nuestro cuestionario, y los resultados de esta investigación ayudarán a comprender mejor la situación de las mujeres con cáncer.

A todas las mujeres que tienen o tuvieron cáncer y que generosamente nos compartieron su experiencia de vida en la resolución de los cuestionarios. Gracias por su tiempo. A ellas, nuestro compromiso de seguir investigando para contribuir a mejorar su calidad de vida.

Mi profundo agradecimiento al Dr. Juan Antonio Cruzado Rodríguez por permitirme realizar uno de mis objetivos de vida, aceptándome para realizar el Máster en Psicooncología y Cuidados Paliativos, brindándome su apoyo constante desde el inicio, gracias por el apoyo en la realización de la presente investigación. Gracias también a la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Hay tres personas a quienes debo agradecerles por el cariño y la atención en estos días de pandemia que nos han tocado vivir y que, sin embargo, con su fuerza y alegría han hecho de estos días difíciles, días de constante aprendizaje: mis hijos, Manuel y Camila, y en especial, a mi compañero de vida, el Dr. Manuel Torres Valladares.

Índice

	Páginas
Resumen	6
Abstract	7
1. Introducción	8
2. Objetivos del trabajo	11
3. Hipótesis	11
4. Método	12
a. Muestra	12
b. Diseño	13
c. Variables e instrumentos	13
d. Procedimientos	15
e. Análisis de datos	16
5. Resultados	17
5.1.Descriptivos	17
5.2.Correlacionales	20
5.3.Comparativos	24
6. Discusión	35
7. Limitaciones	37
8. Conclusiones	38
9. Referencias Bibliográficas	39
Anexos	42
Estudio de Estigma y Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer Ginecológico	43

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo establecer si el auto estigma, los síntomas de ansiedad y depresión y la calidad de vida se encuentran vinculados entre sí, en una muestra de pacientes con cáncer ginecológico. Se utilizaron tres cuestionarios para evaluar cada una de las variables en estudio, y que, enviados bajo un formato digital, fueron resueltos por 114 pacientes institucionalizadas y no institucionalizadas de Madrid. Los resultados muestran que existen correlaciones significativas y negativas, a excepción de resistencia al estigma, entre el autoestigma y las escalas funcionales, de síntomas y el estado global de salud, de la calidad de vida. Así mismo se encontraron correlaciones negativas entre el autoestigma y la ansiedad y depresión, salvo el caso de resistencia al estigma. Un resultado a investigar con mayor profundidad, es el que indica que las pacientes institucionalizadas presentan mejor nivel de autoestigma que aquellas que no son institucionalizadas. Estos resultados permiten concluir que, la presencia de autoestigma en las pacientes, es una condición que puede influir en su calidad de vida, ansiedad y depresión.

Palabras clave: Autoestigma, ansiedad, depresión, calidad de vida, cáncer ginecológico.

ABSTRACT

This research has as objective to establish whether the self-stigma, the symptoms of anxiety and depression, and the quality of life are related one another in a sample of patients with gynecologic cancer. Three questionnaires were used to evaluate each one of the studied variables and that were answered, digitally, by 114 institutionalized and non-institutionalized patients from Madrid. The results show that significant and negative correlations exist, except from stigma resistance, between self-stigma and the quality of life scales (functional, symptoms, and global status of health). Furthermore, negative correlations were found between self-stigma and anxiety and depression, except in the case of stigma resistance. A result that should be further and thoroughly researched is the one that states that the institutionalized patients have a better level of self-stigma than those that are not. These results let us conclude that the presence of self-stigma in the patients is a condition that can have an influence in their quality of life, anxiety and depression.

Key words: Self-stigma, anxiety, depression, quality of life, gynecologic cancer.

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer es sin duda una de las enfermedades que mayores preocupaciones genera entre los especialistas médicos, psicólogos, personal de salud en general, pero también entre la clase política y las administradoras de salud que ven como esta enfermedad crece progresivamente con el pasar de los años. Los datos estadísticos estiman que, el cáncer en España y en cualquiera de sus variantes, alcanzará la cifra de 315,413 nuevos casos de cáncer para el año 2035, lo que debe significar un aumento sustantivo de los costes para la prevención y el tratamiento de esta enfermedad. Consideremos que solo en el año 2019, la sociedad española tuvo que pagar aproximadamente 19,300 millones de euros en total, de los cuales 9,330 millones de euros corresponden a costes médicos directos (Wyman, 2020).

De todas las cifras sobre el cáncer que se dan en España, destaca el hecho del aumento considerable de esta enfermedad entre las mujeres, que llega a ser el doble de lo que se incrementa entre los varones (SEOM, 2020). Específicamente para el cáncer ginecológico se estima que para el presente año se producirán 6804 casos para el cáncer de cuerpo uterino, 3645 de ovario y 1972 de cérvix uterino (SEOM, 2020). Es probable que estas cifras se hayan visto alteradas por efectos de la pandemia de la COVID 19, sin embargo y pasear de ello es necesario trabajar mucho en la prevención de estas patologías, además de la realización de investigaciones y programas de intervención orientadas a mejorar su calidad de vida y facilitar su reinserción positiva a la vida diaria dejando atrás elementos tan dañinos como el estigma que se ha asociado a esta enfermedad.

El estigma, tal como lo plantea Goffman (1986) es un atributo desacreditador que hace diferente a las personas que lo poseen (p. 13). Este atributo puede no ser una falta moral o social pero que sin embargo puede ser entendida como una marca que define a una persona como indeseable. En esta línea Goffman, (1986) señala: “Es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio, a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja” (p. 12).

Esto implica la existencia de una construcción social previa, que va a generar este proceso de estigmatización, el cual, de acuerdo a lo reportado por Morales et al. (2008), tiene a su base un conjunto de elementos que van desde los estereotipos, pasando por los prejuicios, conductas discriminatorias, hasta llegar a los propios mecanismos psicológicos generadores de la identificación y significado del estigma.

El estigma como constructo vinculado a la identidad social, incluye dos componentes fundamentales: 1) reconocimiento de la diferencia basado en alguna característica o etiqueta distintiva, y 2) una infravaloración de los individuos debido a esta diferencia (Goffman, 1963; Major B, O'Brien, 2006; Mohabbat-bahar et al., 2017). El estigma actúa mediante cuatro mecanismos: 1) actitudes negativas y discriminación directa; 2) profecía autocumplida; 3) actitudes estereotipadas; y 4) procesos de amenaza de identidad. El estigma relacionado con la salud es específico de las personas que están afectadas por una enfermedad, y es el resultado de la experiencia, la percepción o la anticipación razonable de un juicio social adverso que provoca la exclusión, el rechazo, la culpa o la devaluación de quienes tienen o han tenido una enfermedad. Van Brakel (2006) introdujo cuatro enfoques en la evaluación del estigma relacionado con la salud: 1) Evaluación de la experiencia de discriminación y restricción de participación en la sociedad; 2) Evaluación del estigma percibido mediante entrevistas sobre sentimientos como el miedo, la vergüenza y la culpa; 3) Evaluación de la actitud de la comunidad sobre aquellos que están experimentando ciertas condiciones relacionadas con la salud; 4) Detección de estigma y discriminación en los servicios de salud, legislación, medios y material educativo.

En las últimas décadas se ha investigado la presencia de autoestigma en distintas enfermedades, tales como infección VIH o enfermedades mentales, así como el cáncer de mama (Nyblade et al., 2017; Warmoth et al., 2020), cáncer de mama en hombres (Midding et al., 2018), cáncer de cérvix (Rosser et al., 2016), y cáncer de pulmón (Cho et al., 2013; Ostroff et al., 2019). Según Yilmaz (2019) la prevalencia de la estigmatización del cáncer va desde el 13 al 80%. El autoestigma se ha asociado a una peor comunicación del paciente con el personal sanitario, por lo que podría perjudicar la adherencia a los tratamientos, así

síntomas de depresión y déficit en calidad de vida (Quinn & Chaudoir, 2009; Cho et al., 2013; Stroff et al., 2019; Yilmaz et al 2019).

En todos los casos y sobre todo en lo que corresponde a las mujeres y el cáncer ginecológico, el autoestigma es la condición en la que las personas internalizan o asumen las actitudes negativas acerca hacia sí mismos, y reducen sus redes de apoyo social, su bienestar emocional y laboral, así como dañan su calidad de vida y su salud futura. Los factores que contribuyen al autoestigma son la atribución de responsabilidad en la enfermedad (culpa), la visibilidad de la enfermedad, que se asocia a la vergüenza, y la gravedad o riesgo de la enfermedad (victimización) (Knapp et al., 2014).

Los hechos señalados, influyen decisivamente en la calidad de vida de las mujeres y es que la terapia oncológica puede tener consecuencias no solo a nivel físico y sexual, sino que también puede afectar su vida de relación, laboral, su salud psicológica y en su sentido de feminidad (Goffman, 1986; Crocker, et al. 1998). Muchas de las pacientes siguen presentando efectos, tanto psicológicos como sociales, aun después del tratamiento (Crocker, et al. 1998), en tanto su pensamiento sigue enfocado en el cáncer, la muerte o simplemente en el retorno de la enfermedad (SEOM, 2020; Crocker, et al. 1998) y esto aumenta el malestar que no les permite volver a la normalidad.

En España se han llevado a cabo estudios de autoestigma atribuido a grupos específicos de población como indigentes o enfermos mentales, sin embargo, el estigma en cáncer no ha sido investigado, y hasta el momento no hay instrumentos específicos de evaluación para pacientes con cáncer.

Se dispone de una adaptación española de la escala *Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI)* de Ritsher et al. (2003), realizada por Bengoechea et al. (2018), el cual mide el autoestigma para los enfermos mentales, el cual posee adecuadas propiedades psicométricas, y se ha adaptado a otras condiciones de salud. Por ello, para la presente investigación se ha procedido a rediseñar la ISMI para pacientes con cáncer, modificando y ajustando cada uno de los ítems del ISMI a población de estudio, que nos permite disponer de una herramienta

de evaluación del autoestigma en cáncer. Igualmente se ha utilizado la prueba HADS para evaluar la ansiedad y depresión y la escala de Calidad de vida (EORTC) QLQ-C30.

El objetivo del presente trabajo es determinar si el autoestigma, la ansiedad y depresión se relacionan con la calidad de vida en una muestra de pacientes con cáncer ginecológico, de manera que se pueda valorar si acaso el autoestigma pueda ser considerado como un objetivo de intervención psicológica, de manera que se puedan diseñar los programas que se estimen necesarios que apunten a la reducción y eventualmente, en la erradicación de este problema.

2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

Objetivo General

El objetivo general del estudio es determinar si el autoestigma y los síntomas de ansiedad y depresión, en pacientes con cáncer ginecológico están relacionadas con su calidad de vida.

Objetivos específicos

- 1) Determinar si existe presencia de autoestigma en pacientes con cáncer ginecológico.
- 2) Valorar si la calidad de vida se asocia a la presencia de síntomas de ansiedad y depresión.
- 3) Determinar si el autoestigma se vincula con la localización del tumor ginecológico.
- 4) Determinar si existen diferencias en la calidad de vida y la ansiedad y depresión respecto de la presencia – ausencia de autoestigma.
- 5) Determinar si existen diferencias en el autoestigma, la calidad de vida y la ansiedad y depresión respecto de la fase clínica en que se encuentran las pacientes.

- 6) Determinar si existen diferencias en el autoestigma, la calidad de vida y la ansiedad y depresión respecto de la localización del tumor que presentan las pacientes.

3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Hipótesis 1: El autoestigma y los síntomas de ansiedad y depresión se asocian con la calidad de vida de las pacientes con cáncer ginecológico.

Hipótesis 2: La calidad de vida se asocia a la presencia de síntomas de ansiedad y depresión.

Hipótesis 3: El autoestigma se vincula con la localización del tumor ginecológico que presentan las pacientes.

Hipótesis 4: Existen diferencias en la calidad de vida y la ansiedad y depresión respecto de la presencia – ausencia del autoestigma en las pacientes.

Hipótesis 5: Existen diferencias en el autoestigma, la calidad de vida y la ansiedad y depresión respecto de la fase clínica en que se encuentran las pacientes.

Hipótesis 6: Existen diferencias en el autoestigma, la calidad de vida y la ansiedad y depresión respecto de la localización del tumor que presentan las pacientes.

4. MÉTODO

a. Muestra

La muestra estuvo constituida por un total de 114 mujeres que fueron contactadas a través de ASACO (Asociación de Afectados por Cáncer de Ovario) y de la Unidad de Ginecología del

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Del total de pacientes, 102 corresponden a ASACO y 12 al Hospital Clínico San Carlos.

Criterios de inclusión:

- ✓ Mujeres diagnosticadas de cáncer ginecológico (excepto mama),
- ✓ Edades: desde 18 años hasta 75 años
- ✓ Que hablen y lean en español.
- ✓ Sin enfermedad mental grave según la historia clínica

Criterios de exclusión:

- ✓ Presentar alguna enfermedad psíquica que no le permita la adecuada comprensión de los instrumentos administrados.
- ✓ Presentar dificultades de orden físico o funcional.
- ✓ Pacientes con diagnóstico de metástasis.

b. Diseño de Investigación

En la presente investigación, que tiene un enfoque claramente cuantitativo, se hizo uso de un diseño no experimental de alcance correlacional transversal.

c. Variables e Instrumentos

Variables

Estigma: medida con la Escala de autoestigma de la enfermedad mental (Ritsher et al., 2003; adaptada al castellano por Bengochea-Seco et al., 2010), y adaptada a las situaciones del cáncer en la presente investigación.

Está compuesta por 29 preguntas y cinco dimensiones:

- Alienación (ítems del 1 al 6),
- Asunción del estereotipo o autoestigma (ítems del 7 al 13)
- Discriminación percibida o experiencia de discriminación (ítems del 14 al 18)
- Aislamiento social (ítems del 19 al 24)
- Resistencia al estigma (ítems del 25 a 29).

Cada uno de los ítems se puntúa mediante una escala numérica que va de 1 (Muy en desacuerdo) a 4 (Muy de acuerdo). Considerando lo reportado por Bengochea-Seco et al (11), la prueba tiene una adecuada consistencia interna al presentar fiabilidad test-retest de 0,95 ($p < 0,001$).

Para llevar a cabo la adaptación, en primer lugar, se cambiaron las palabras relativas a enfermedad mental por cáncer. A continuación, se envió el cuestionario a 6 psicólogos clínicos especializados en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer, a quienes se les solicitó que revisasen el cuestionario, y evaluaran la pertinencia de cada ítem, y propusiesen un cambio en la redacción si consideran que así se ajustaría mejor al cáncer ginecológico, además se les pedía si el ítem se correspondía a cada una de las dimensiones del test. Una vez recibida la información se procedió a la redacción definitiva de la escala.

En lo que se refiere a los análisis de confiabilidad, estos fueron realizados con el alfa de Cronbach el mismo que revela que la prueba total alcanza un valor de 0,90, el cual se corresponde con los valores obtenidos por los autores de la prueba. Igualmente se debe señalar que las correlaciones entre las escalas son significativas.

Calidad de vida: evaluada con el *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) QLQ-C30.

Se trata de un cuestionario estructurado sobre la base de 30 ítems que pretenden valorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Este cuestionario se organiza en varias escalas multi ítem y también se adicionan varios ítems que tienen una naturaleza independiente. Las preguntas que se formulan en el cuestionario deben llevar al paciente a que se ubique dentro de la última semana al momento de responder este cuestionario.

El cuestionario se encuentra estructurado en 5 escalas funcionales:

- Funcionamiento físico
- Funcionamiento de rol

- Funcionamiento emocional
- Funcionamiento cognitivo
- Funcionamiento social

3 escalas de síntomas:

- Fatiga
- Dolor
- Náuseas, vómito,

Una escala de estado global de salud y, por último, 6 ítems independientes:

- Disnea
- Insomnio
- Anorexia
- Estreñimiento
- Diarrea
- Impacto económico.

Respecto de los análisis psicométricos de la prueba se debe señalar que los análisis de confiabilidad indican que la prueba alcanza valores en el alfa de Cronbach que se ubican entre 0,90 y 0,93 y un valor total de 0,95 lo que lo cual garantiza que los sujetos han respondido de forma confiable. Por otra parte, el análisis factorial confirmatorio alcanza valores aceptables y que garantizan la validez de la prueba, tal cual lo presentan los autores de la prueba y quienes hicieron la adaptación al castellano.

Ansiedad y depresión: evaluadas por la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Zigmond & Snaith, 1983; Caro e Ibañez, 1992), el cual es un instrumento diseñado para detectar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión durante los últimos 7 días. Se compone de dos subescalas: ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D). Una mayor puntuación más alta indica una mayor frecuencia de síntomas. La puntuación total de la escala es una medida del malestar emocional (HADST). Puntuaciones de 8 a 10 indican ansiedad o depresión subclínica. Los síntomas, y las puntuaciones de 11 en adelante son

indicativos de probables casos clínicos de ansiedad o depresión. Los análisis psicométricos realizados confirman la validez y confiabilidad del instrumento como ha sido una constante en todos los estudios realizados con esta prueba.

Se utilizó también un cuestionario inicial de datos sociodemográficos: Recoge información sobre datos sociodemográficos, tales como la edad, el estado civil, tiempo de relación y también, datos clínicos de las pacientes.

d. Procedimiento

Como consecuencia de las medidas sanitarias tomadas por el gobierno en su intento por frenar el avance de la pandemia COVID 19, la atención hospitalaria se redujo drásticamente por lo que la aplicación de los instrumentos no pudo ser de manera presencial sino remota. Para ello se establecieron coordinaciones con la Asociación de Afectados por Cáncer de Ovario (ASACO) a fin de que se pueda invitar a las pacientes a través de sus correos electrónicos y página oficial de la institución, para que respondan los instrumentos agrupados en un formato Google Forms. Se curso también las invitaciones respectivas a las pacientes de la Unidad de Ginecología del Servicio de Ginecología y Obstétrica del Hospital Clínico San Carlos. Este estudio fue aprobado por el Comité de ético del Hospital Clínico San Carlos.

Previamente a la recogida de datos se solicitó a cada participante un consentimiento informado. En esta solicitud se les informaba a las pacientes la naturaleza de la investigación, su carácter reservado y cuál era su finalidad. A todas ellas se les garantizo el anonimato y la libertad para responder o interrumpir las respuestas si así lo consideraban conveniente. Finalmente fueron 114 las pacientes que respondieron completamente los cuestionarios, las mismas que las enviaron también de manera remota.

e. Análisis de datos

Los datos fueron procesados con la utilización del paquete estadístico SPSS versión 27. El análisis descriptivo de las variables cualitativas se expresará en forma de frecuencias y porcentajes y el de las variables cuantitativas como media, desviación típica, mediana y rango intercuartílico. Para la comparación de las variables cuantitativas se aplicarán la t-Student, ANOVA, en función de la normalidad de la variable.

Los análisis correlacionales se realizaron con el estadístico r de Pearson.

5. RESULTADOS

5.1 DESCRIPTIVOS

Tabla 1. *Características sociodemográficas de las participantes*

Escolaridad	F	%
Primaria	6	5,3
Secundaria	20	17,5
Universitario	88	77,2
Estado Civil		
Soltera	19	16,7
Casada	70	61,4
Separada/Divorciada	18	15,8
Pareja de hecho	7	6,1
Ocupación		
Ama de casa	19	16,7
Empleada	73	64,0
Cuenta propia	8	7,0
Estudiante	3	2,6
Otros (pensionista)	11	9,6
Situación laboral		
Activa	47	41,2
En paro	12	10,5
Incapacidad laboral transitoria	23	20,2
Incapacidad labora permanente	18	15,8
Jubilada	10	8,8
Otros	4	3,5

Tabla 2. *Características clínicas de las participantes*

Localización del tumor	F	%
Ovario	86	75,4
Cérvix	13	11,4
Útero	6	5,3
endometrio	6	5,3
Vulva	1	,9
Vagina	2	1,8
Fase clínica actual		
Tratamiento	24	21,1
Recidiva	21	18,4
Supervivencia	69	60,5
Tiempo desde el diagnóstico		
0 – 3 meses	47	41,2
3 – 6 meses	12	10,5
6 – 12 meses	23	20,2
1 – 2 años	18	15,8
2 – 5 años	10	8,8
Más de 5 años	4	3,5
Antecedentes familiares		
Si	36	31,6
No	78	68,4
Antecedentes VPH		
Si	18	15,8
No	96	84,2
Vacuna VPH		
Si	3	2,6
No	111	97,4

Las pacientes que participaron en el presente estudio Tabla 2, padecen, mayoritariamente, de cáncer al ovario 86, mientras que 13 tienen localizado el tumor en el cérvix, 6 en el útero, 6 en el endometrio, 2 en la vagina y 1 en la vulva. Del total de pacientes de la muestra 69 están en condición de supervivientes, 24 en tratamiento y 21 en recidiva. Respecto del tiempo del diagnóstico 47 de ellas se ubican entre los 0 a 3 meses, 23 se ubican entre los 6 a 12 meses, 18 entre 1 a 2 años, 12 entre los 3 a 6 meses, 10 entre los 2 a 5 años. 78 de las pacientes no tienen antecedentes familiares de cáncer, mientras que 36 si lo tienen. 96 de las pacientes no

tienen antecedentes del virus del papiloma humano mientras que 18 sí. Finalmente 11 pacientes no se han vacunado contra el virus del papiloma humano y solo 3 si lo han hecho.

Tabla 3: Autoestigma

AUTOESTIGMA	Media	Desviación típica
Alienación	1,9898	,07804
Asunción del estereotipo	1,6165	,05769
Discriminación percibida	1,5912	,06651
Aislamiento social	1,5556	,06219
Resistencia al estigma	2,8649	,06735
Autoestigma total	1,8920	,04683

En la tabla 3 se exponen los resultados de la escala de autoestigma para el cáncer. Como puede observarse la media fluctúa entre 2,8649 que es el más alto y corresponde a la resistencia al estigma y 1,5556 que es la media más baja y corresponde a aislamiento social.

Tabla 4: Calidad de vida

Escalas funcionales	Media	Desviación típica
Funcionamiento físico	82,2222	1,83628
Funcionamiento rol	74,4152	2,44997
Funcionamiento emocional	52,8509	2,89962
Funcionamiento cognitivo	62,8655	2,88530
Funcionamiento social	57,4561	2,93756
Escala de salud Global	67,3977	1,94966
Escalas de síntomas		
Nausea	83,6257	2,53478
Dolor	66,2281	2,79746
Fatiga	56,9201	2,67434
Ítems independientes		
Disnea	11,1111	2,06280
Insomnio	44,1520	3,38687
Apetito	25,1462	3,03968
Estreñimiento	31,8713	3,38419
Diarrea	19,8830	3,23642
Impacto económico	30,1170	3,37344

En la tabla 4 se exponen los resultados de la escala de calidad de vida. Como puede observarse la media fluctúa entre 82,2222 que es la media más alta y corresponde al funcionamiento físico y 52,8509 que es la media más baja y corresponde al funcionamiento emocional.

Tabla 5: HADS

HADS	Media	Desviación típica
Ansiedad	17,5439	,25570
Depresión	17,2719	,22054
HADS total	34,8158	,42173

En la tabla 5 se exponen los resultados de la escala HADS. Como puede observarse la media para la ansiedad es de 17,5439 mientras que la de depresión es de 17,2719, ambos promedios ingresan dentro del parámetro que indicaría (punto de corte de 11 a 21), presencia de sintomatología relevante y un probable caso de ansiedad y/o depresión.

5.2 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

Tabla 6: Análisis de las Correlaciones entre el autoestigma y las escalas funcionales de la calidad de vida

VARIABLES	FF	FR	FE	FC	FS
Alienación	-,554**	-,378**	-,613**	-,459**	-,621**
Asunción del estereotipo	-,577**	-,337**	-,508**	-,475**	-,563**
Discriminación percibida	-,443**	-,279**	-,487**	-,407**	-,580**
Aislamiento social	-,521**	-,329**	-,447**	-,378**	-,532**
Resistencia al estigma	,302**	,189*	,149	,126	,160
Autoestigma total	-,539**	-,342**	-,568**	-,472**	-,630**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

N = 114

FF = Funcionamiento físico, FR = Funcionamiento de rol, FE = Funcionamiento emocional, FC = Funcionamiento cognitivo, FS = Funcionamiento social

Efectuados los análisis correlacionales, los resultados presentados en la Tabla 6, informan de la existencia de correlaciones negativas y significativas en todas las variables, salvo el caso de resistencia al estigma en la que las correlaciones que existen son positivas, por lo que se da por aceptada la hipótesis de investigación en el presente estudio.

Tabla 7: Análisis de las Correlaciones entre el autoestigma y las escalas de síntomas de la calidad de vida

Variabes	Fatiga	Nauseas	Dolor
Alienación	-,398**	-,217*	-,340**
Asunción del estereotipo	-,378**	-,265**	-,318**
Discriminación percibida	-,381**	-,344**	-,408**
Aislamiento social	-,305**	-,244**	-,340**
Resistencia al estigma	,109	,151	,135
Autoestigma total	-,400**	-,268**	-,372**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

N = 114

Efectuados los análisis correlacionales, los resultados presentados en la Tabla 7, informan de la existencia de correlaciones negativas y significativas en todas las variables, salvo el caso de resistencia al estigma, por lo que se da por aceptada la hipótesis de investigación en el presente estudio.

Tabla 8: Análisis de las Correlaciones entre el autoestigma y los ítems independientes de la calidad de vida

Variables	Disn	Inso	Apet	Estr	Diar	Econ
Alienación	,076	,372**	,260**	,182	,297**	,615**
Asunción del estereotipo	,068	,381**	,339**	,213*	,272**	,706**
Discriminación percibida	,040	,406**	,276**	,255**	,452**	,686**
Aislamiento social	,092	,331**	,329**	,145	,256**	,622**
Resistencia al estigma	,006	-,041	-,197*	-,064	-,031	-,288**
Autoestigma total	,083	,422**	,300**	,212*	,357**	,689**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

N = 114

Disn = Disnea, Inso = Insomnio, Apet = Apetito, Estr = Estreñimiento, Diar = Diarrea, Econ = Impacto económico

Efectuados los análisis correlacionales, los resultados presentados en la Tabla 8, informan de la existencia de correlaciones positivas y significativas en todas las variables, salvo el caso de resistencia al estigma que presenta correlaciones negativas con apetito e impacto económico, por lo que se da por aceptada la hipótesis de investigación en el presente estudio.

Tabla 9: Análisis de las Correlaciones entre el autoestigma y la escala de estado global de salud de la calidad de vida

Variables	Estado global de salud
Alienación	-,482**
Asunción del estereotipo	-,427**
Discriminación percibida	-,379**
Aislamiento social	-,367**
Resistencia al estigma	,349**
Autoestigma total	-,400**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

N = 114

Efectuados los análisis correlacionales, los resultados presentados en la Tabla 9, informan de la existencia de correlaciones negativas y significativas en todos los casos, salvo el caso de resistencia al estigma que presenta una correlación positiva, por lo que se da por aceptada la hipótesis de investigación en el presente estudio.

Tabla 10: Análisis de las Correlaciones entre el autoestigma y el HADS

VARIABLES	Depresión	Ansiedad	HADS total
Alienación	-,242**	-,460**	-,405**
Asunción del estereotipo	-,260**	-,435**	-,400**
Discriminación percibida	-,231*	-,359**	-,339**
Aislamiento social	-,275**	-,418**	-,397**
Resistencia al estigma	,263**	,379**	,368**
Autoestigma total	-,228*	-,397**	-,360**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$
 N = 114

Efectuados los análisis correlacionales, los resultados presentados en la Tabla 10, informan de la existencia de correlaciones negativas y significativas en todos los casos, salvo el caso de resistencia al estigma en la que las correlaciones son positivas, por lo que se da por aceptada la hipótesis de investigación en el presente estudio.

5.3. ANÁLISIS COMPARATIVOS

Tabla 11: Prueba t de comparación de medias del autoestigma por procedencia de las pacientes

Variables	Clínico		ASACO		t	Sig.
	N = 14		N = 100			
	M	D.E.	M	D.E.		
Alienación	3,1310	,86770	1,8300	,69550	6,353	,000***
Asunción del estereotipo	2,5306	,68496	1,4886	,48655	7,111	,000***
Discriminación percibida	2,4571	,75009	1,4700	,61718	5,456	,000***
Aislamiento social	2,5952	,89565	1,4100	,47284	7,703	,000***
Resistencia al estigma	2,4714	,82502	2,9200	,68990	-2,224	,028*
Autoestigma total	2,6453	,55625	1,7866	,39141	7,271	,000***

* p < ,05
N = 114

El análisis comparativo de las escalas de los puntajes del autoestigma por procedencia de los pacientes presentados en la Tabla 11, indica que existen diferencias estadísticas significativas en todos los casos, apreciándose que las pacientes del clínico alcanzan valores más altos.

Tabla 12: *Análisis de tabulación cruzada entre el autoestigma y localización del tumor*

		Localización				Total
		Ovario	Cérvix	Útero	Vagina	
Autoestigma	No	83	9	9	1	102
	Si	3	4	3	2	12
	Total	86,0	13,0	12,0	3,0	114,0

Chi-cuadrado de Pearson = 22,887 Gl. = 3 sig. = ,000

Coefficiente de contingencia = ,409 sig. = ,000

El análisis de tabulación cruzada efectuada y cuyos resultados se presentan en la tabla 12, muestran que existen diferencias estadísticas significativas en la distribución de las celdas (Chi-cuadrada = 22,887 $p > ,001$), adicionalmente el coeficiente de contingencia indica que las variables se encuentran relacionadas significativa y positivamente (0,409 $p < ,001$).

Tabla 13: Prueba t de comparación de medias de los puntajes del HADS por procedencia de las pacientes

Variables	Clínico		ASACO		t	Sig.
	N = 14		N = 100			
	M	D.E.	M	D.E.		
Depresión	15,7143	1,68379	17,4900	2,35914	-2,716	,008**
Ansiedad	15,7857	2,72251	17,7900	2,65260	-2,640	,009**
HADS total	31,5000	3,75704	35,2800	4,41778	-3,048	,003**

* $p < ,05$

N = 114

El análisis comparativo de las escalas de los puntajes del HADS por procedencia de los pacientes presentados en la Tabla 13, indica que existen diferencias estadísticas significativas en todos los casos, apreciándose que las pacientes de la institución ASACO alcanzan valores más altos.

Tabla 14: Prueba t de comparación de medias de los puntajes de la calidad de vida por procedencia de las pacientes

Variables	Clínico		ASACO		t	Sig.
	N = 14		N = 100			
	M	D.E.	M	D.E.		
Funcionamiento físico	61,9048	24,58942	85,0667	17,11177	-4,475	,000***
Funcionamiento rol	67,8571	26,52550	75,3333	26,10950	-1,002	,319
Funcionamiento emocional	28,5714	23,50538	56,2500	30,43767	-3,264	,001***
Funcionamiento cognitivo	46,4286	23,73156	65,1667	31,07637	-2,166	,032*
Funcionamiento social	28,5714	22,09978	61,5000	30,40089	-3,904	,000***
Escala de salud Global	55,3571	20,82875	69,0833	20,35374	-2,357	,020*
Nausea	35,7143	40,22222	13,6667	23,73393	2,951	,004**
Dolor	4,7619	17,81742	12,0000	22,48331	-1,153	,251
Fatiga	58,7302	22,40462	40,8889	28,72699	2,228	,028*
Disnea	4,7619	17,81742	12,0000	22,48331	-1,153	,251
Insomnio	69,0476	27,62473	40,6667	35,95108	2,835	,005**
Apetito	45,2381	40,52464	22,3333	30,35702	2,532	,013*
Estreñimiento	38,0952	38,91069	31,0000	35,84948	,687	,494
Diarrea	38,0952	38,91069	17,3333	33,32660	2,139	,035*
Impacto económico	73,8095	32,49871	24,0000	32,16121	5,421	,000***

* $p < ,05$
N = 114

El análisis comparativo de las escalas de los puntajes de la calidad de vida por procedencia de los pacientes, presentados en la Tabla 14, indica que existen diferencias estadísticas

significativas en todos los casos, apreciándose que las pacientes de la institución ASACO alcanzan valores más altos.

Tabla 15: Prueba t de comparación de medias de los puntajes de la calidad de vida por Autoestigma categórico

Variables	Sin estigma		Con estigma		t	Sig.
	N = 102		N = 12			
	M	D.E.	M	D.E.		
Funcionamiento físico	85,4902	16,28708	54,4444	23,92469	5,918	,000***
Funcionamiento rol	76,3072	26,16234	58,3333	20,71939	2,294	,024*
Funcionamiento emocional	55,4739	30,90350	30,5556	21,71130	2,710	,008**
Funcionamiento cognitivo	65,0327	30,80420	44,4444	24,95788	2,228	,028*
Funcionamiento social	61,6013	30,01551	22,2222	17,88478	4,442	,000***
Escala de salud Global	69,6895	19,68499	47,9167	20,75744	3,604	,000***
Nausea	85,2941	24,63084	69,4444	41,33708	1,942	,055
Dolor	68,3007	29,43451	48,6111	28,83104	2,196	,030*
Fatiga	59,0414	28,48840	38,8889	22,96731	2,359	,020*
Disnea	11,4379	22,24728	8,3333	20,71939	,460	,646
Insomnio	42,1569	36,00711	61,1111	34,32858	-1,733	,086
Apetito	22,2222	30,15666	50,0000	41,43877	-2,895	,005**
Estreñimiento	32,0261	35,69877	30,5556	41,33708	,133	,895
Diarrea	17,9739	33,38991	36,1111	41,33708	-1,735	,085
Impacto económico	23,8562	31,24742	83,3333	30,15113	-6,258	,000***

* p < ,05
N = 114

El análisis comparativo de las escalas de los puntajes de la calidad de vida por autoestigma categórico presentados en la Tabla 15, indica que existen diferencias estadísticas significativas en todas las escalas funcionales, apreciándose que las pacientes sin estigma alcanzan valores más altos, lo mismo ocurre en los casos de las escalas de síntomas, dolor y fatiga. En el caso de los ítems independientes apetito e impacto económico, los puntajes mayores son obtenidos por las pacientes con estigma.

Tabla 16: Prueba t de comparación de medias de los puntajes de la edad por Autoestigma categórico

Variables	Sin estigma		Con estigma		t	Sig.
	N = 102		N = 12			
	M	D.E.	M	D.E.		
Edad	49,6471	9,76724	62,5000	11,12328	-4,250	,000***

* $p < ,05$
N = 114

Para el caso de la edad, los resultados que se aprecian en la tabla 16 indican la existencia de diferencias significativas, apreciándose que las pacientes con estigma alcanzan puntajes más elevados que las pacientes sin estigma.

Tabla 17: Análisis de Varianza de un Factor del autoestigma por fase clínica

Variables	Tratamiento	Recidiva	Supervivencia	F	Sig.
	N = 24	N = 21	N = 69		
	M	M	M		
Alienación	2,1528	2,3571	1,8213	4,128	,019*
Asunción del estereotipo	1,8036	1,7823	1,5010	3,200	,045*
Discriminación percibida	1,6417	1,7143	1,5362	,578	,563
Aislamiento social	1,6736	1,6905	1,4734	1,349	,264
Resistencia al estigma	2,6333	2,7714	2,9739	2,264	,109
Autoestigma total	1,9641	2,0411	1,8216	1,897	,155

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Diferencias significativas por pares de medias a través del test de Scheffe: a, b, c

Los resultados del análisis de varianza del autoestigma por fase clínica, tabla 17, muestran la existencia de diferencias estadísticas significativas solo en los casos de alienación y asunción del estereotipo, apreciándose en el primer caso, que en el análisis de las comparaciones por pares a posteriori efectuada a través del test de Scheffé, que las pacientes en recidiva ($M = 2,3571$) y en tratamiento ($M = 2,1528$) alcanzan valores más altos que las pacientes supervivientes. Para el segundo caso son las pacientes en tratamiento ($M = 1,8036$) y en recidiva ($M = 1,7823$) alcanzan valores más altos que las pacientes supervivientes.

Tabla 18: Análisis de Varianza de un Factor de la calidad de vida por fase clínica

Variables	Tratamiento	Recidiva	Supervivencia	F	Sig.
	N = 24	N = 21	N = 69		
	M	M	M		
Funcionamiento físico	75,5556	77,1429	86,0870	3,590	,031*
Funcionamiento de rol	72,9167	64,2857	78,0193	2,322	,103
Funcionamiento emocional	45,1389	46,0317	57,6087	2,109	,126
Funcionamiento cognitivo	65,2778	56,3492	64,0097	,587	,558
Funcionamiento social	54,8611	44,4444	62,3188	2,805	,065
Estado global de salud	58,6806	52,3810	75,0000	15,236	,000***
Fatiga	55,0926	48,6772	60,0644	1,351	,263
Nausea	79,1667	79,3651	86,4734	,967	,383
Dolor	62,5000	60,3175	69,3237	,968	,383
Disnea	9,7222	15,8730	10,1449	,601	,550
Insomnio	43,0556	49,2063	42,9952	,248	,781
Apetito	30,5556	33,3333	20,7729	1,647	,197
Estreñimiento	30,5556	39,6825	29,9517	,600	,551
Diarrea	12,5000	26,9841	20,2899	,996	,373
Impacto económico	22,2222	41,2698	29,4686	1,612	,204

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Diferencias significativas por pares de medias a través del test de Scheffe: a, b, c

Los resultados del análisis de varianza de la calidad de vida por fase clínica, tabla 18, muestran la existencia de diferencias estadísticas significativas solo en los casos de funcionamiento físico y estado global de salud, apreciándose en el primer caso, que en el

análisis de las comparaciones por pares a posteriori efectuada a través del test de Scheffé, que las pacientes supervivientes (M = 86,0870) y en recidiva (M = 77,1429) alcanzan valores más altos que las pacientes en recidiva y en tratamiento. Para el segundo caso son las pacientes supervivientes (M = 75,0000) alcanzan valores más altos que las pacientes recidiva y en tratamiento.

Tabla 19: Análisis de Varianza de un Factor del HADS por fase clínica

Variables	Tratamiento	Recidiva	Supervivencia	F	Sig.
	N = 24	N = 21	N = 69		
	M	M	M		
Depresión	17,0476	17,7536	16,0833	4,915	,009**
Ansiedad	17,0000	18,2029	16,1250	6,188	,003**
HADS total	34,0476	35,9565	32,2083	7,270	,001***

* p < ,05 ** p < ,01 *** p < ,001

Diferencias significativas por pares de medias a través del test de Scheffe: a, b, c

Los resultados del análisis de varianza del HADS por fase clínica, tabla 19, muestran la existencia de diferencias estadísticas significativas en sus dos escalas y en el total del instrumento, apreciándose que en el análisis de las comparaciones por pares a posteriori efectuada a través del test de Scheffé que, en la escala de depresión, las pacientes en recidiva (M = 17,7536) y en tratamiento (M = 17,0476), alcanzan valores más altos que las pacientes supervivientes. Para el caso de la escala de ansiedad, igualmente son las pacientes en recidiva (M = 18,2029) y en tratamiento (M = 17,0000), alcanzan valores más altos que las pacientes supervivientes. Lo mismo ocurre para el caso del HADS total.

Tabla 20: Análisis de Varianza de un Factor del autoestigma por localización del tumor

Variables	Ovario	Cérvix	Útero	Vagina	F	Sig.
	N = 86	N = 13	N = 12	N = 3		
	M	M	M	M		
Alienación	1,8198	2,1923	2,5833	3,6111	8,762	,000***
Asunción del estereotipo	1,4701	1,9890	2,0238	2,5714	8,900	,000***
Discriminación percibida	1,4535	1,9077	2,0333	2,4000	5,337	,002**
Aislamiento social	1,4264	1,8333	1,8056	3,0556	9,139	,000***
Resistencia al estigma	2,9395	2,9538	2,4667	1,9333	3,497	,018*
Autoestigma total	1,7839	2,1512	2,1724	2,7471	7,917	,000***

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Diferencias significativas por pares de medias a través del test de Scheffe: a, b, c

Los resultados del análisis de varianza del autoestigma por localización del tumor, tabla 20, muestran la existencia de diferencias estadísticas significativas en todos los casos, apreciándose que en el análisis de las comparaciones por pares a posteriori efectuada a través del test de Scheffé, que las pacientes con cáncer en la vagina y en el útero presentan valores más altos que los otros grupos en alienación, asunción del estereotipo, discriminación percibida y en autoestigma total. Para el caso de aislamiento social, las pacientes con cáncer de vagina ($M = 3,0556$) y cérvix ($M = 1,8333$) alcanzan valores más altos que las pacientes de los otros grupos. Para el caso de resistencia al estigma son las pacientes con cáncer en el cérvix ($M = 2,9538$) y en el ovario ($M = 2,9395$) alcanzan valores más altos que las pacientes de los otros grupos.

Tabla 21. *Análisis de tabulación cruzada entre el autoestigma y localización del tumor*

		Localización				Total
		Ovario	Cérvix	Útero	Vagina	
Autoestigma	No	83	9	9	1	102
	Si	3	4	3	2	12
	Total	86,0	13,0	12,0	3,0	114,0

Chi-cuadrado de Pearson = 22,887 Gl. = 3 sig. = ,000

Coefficiente de contingencia = ,409 sig. = ,000

El análisis de tabulación cruzada efectuada y cuyos resultados se presentan en la tabla 21, muestran que existen diferencias estadísticas significativas en la distribución de las celdas (Chi-cuadrada = 22,887 $p > ,001$), adicionalmente el coeficiente de contingencia indica que las variables se encuentran relacionadas significativa y positivamente (0,409 $p < ,001$).

Tabla 22: Análisis de Varianza de un Factor de la calidad de vida por localización del tumor

Variables	Ovario	Cérvix	Útero	Vagina	F	Sig.
	N = 86	N = 13	N = 12	N = 3		
	M	M	M	M		
Funcionamiento físico	86,2016	79,4872	61,1111	64,4444	7,969	,000***
Funcionamiento de rol	75,9690	76,9231	68,0556	44,4444	1,723	,167
Funcionamiento emocional	57,5581	50,6410	30,5556	16,6667	4,510	,005**
Funcionamiento cognitivo	65,5039	56,4103	61,1111	22,2222	2,224	,089
Funcionamiento social	62,0155	56,4103	40,2778	,0000	5,829	,001***
Estado global de salud	70,3488	68,5897	48,6111	52,7778	4,777	,004**
Fatiga	59,1731	61,5385	43,5185	25,9259	2,441	,068
Nausea	87,4031	78,2051	72,2222	44,4444	3,802	,012*
Dolor	69,7674	67,9487	48,6111	27,7778	3,715	,014*
Disnea	11,6279	12,8205	2,7778	22,2222	,866	,461
Insomnio	38,7597	51,2821	63,8889	88,8889	3,789	,012*
Apetito	20,5426	33,3333	33,3333	88,8889	5,566	,001***
Estreñimiento	31,0078	25,6410	38,8889	55,5556	,720	,542
Diarrea	13,5659	28,2051	47,2222	55,5556	5,328	,002**
Impacto económico	21,7054	53,8462	47,2222	100,0000	10,062	,000***

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Diferencias significativas por pares de medias a través del test de Scheffe: a, b, c

Los resultados del análisis de varianza de la calidad de vida por localización del tumor, tabla 22, muestran la existencia de diferencias estadísticas significativas en la mayoría de los casos, apreciándose que en el análisis de las comparaciones por pares a posteriori efectuada a través

del test de Scheffé, que las pacientes alcanzan valores de manera variada en las diferentes escalas de la prueba de calidad de vida.

Tabla 23: Análisis de Varianza de un Factor del HADS por localización del tumor

Variables	Ovario	Cérvix	Útero	Vagina	F	Sig.
	N = 86	N = 13	N = 12	N = 3		
	M	M	M	M		
Depresión	17,5349	16,8462	16,4167	15,0000	2,010	,117
Ansiedad	17,8140	17,2308	17,0000	13,3333	3,030	,032*
HADS total	35,3488	34,0769	33,4167	28,3333	3,147	,028*

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Diferencias significativas por pares de medias a través del test de Scheffe: a, b, c

Los resultados del análisis de varianza del HADS por localización del tumor, tabla 23, muestran la existencia de diferencias estadísticas significativas en la escala de ansiedad y en el total del instrumento, apreciándose que en el análisis de las comparaciones por pares a posteriori efectuada a través del test de Scheffé que, en la escala de ansiedad, las pacientes con cáncer de ovario ($M = 17,8140$) y cérvix ($M = 17,2308$) alcanzan valores más altos que las pacientes de los otros grupos. Para el caso del HADS total las pacientes con cáncer de ovario ($M = 35,3488$) y cérvix ($M = 34,0769$) alcanzan valores más altos que las pacientes de los otros grupos.

6. DISCUSIÓN

La revisión de la literatura científica sobre el tema objeto de estudio, nos informa que, no se encontraron documentos que hicieran referencia a investigaciones empíricas controladas y, tampoco se encontraron revisiones sistemáticas, respecto del autoestigma en pacientes con cáncer ginecológico. Esto abre una línea de investigación que debe ser explorada lo más ampliamente posible en los próximos años. Es posible que la poca información reportada sobre el autoestigma en este tipo de pacientes, pueda ser explicado porque es un campo de trabajo que supone enfrentarse regularmente a un alto impacto emocional, que no siempre los especialistas e investigadores están dispuestos asumir. Por otra parte, es de destacar la

ausencia de instrumentos de evaluación para el caso del autoestigma, por lo que se debió adaptar, con buenos resultados, un instrumento utilizado para pacientes con enfermedad mental.

El presente trabajo tenía por objetivo estudiar si el autoestigma y los síntomas de ansiedad y depresión, en pacientes con cáncer ginecológico están relacionadas con su calidad de vida. Según nuestros resultados, las variables en estudio en efecto se encuentran correlacionadas lo que concuerda con lo reportado por la literatura como es el caso de Sayles (2009), quien afirma, a partir de sus investigaciones, que las personas con altos niveles de estigma van a verse afectadas de manera negativa en su calidad de vida. Para el caso de las pacientes de la muestra, se debe entender que la terapia recibida, al tener efectos sobre su físico y particularmente a nivel sexual, va a afectar su calidad de vida lo que se va a expresar en una disminución en su salud psicológica, de sus sistemas de relación y en su propia condición de mujer, tal como se reporta en los trabajos de Goffman, (1986) y de Crocker, et al. (1998).

Por otra parte, las dificultades que ocasiona el cáncer y su naturaleza destructiva, van a acompañar a la paciente aún después del tratamiento, en tanto el miedo al retorno a la enfermedad no les permite desarrollar su vida normalmente (SEOM, 2020). Es importante anotar que las pacientes hacen mención a un permanente estado de alerta, respecto de la aparición de posibles cambios o síntomas en su cuerpo, que les hagan pensar en una posible recaída (Gil Vila, 2012; Grupo Español de Pacientes con Cáncer, 2016). En estas condiciones y de acuerdo a lo señalado por Urzúa et. al (2012), las condiciones de vida y la satisfacción con la vida son importantes para la calidad de vida y claramente en estas pacientes, los factores objetivos y subjetivos están fuera de su alcance.

Por otra parte, es importante resaltar que los resultados nos ofrecen la posibilidad de abrir nuevas investigaciones que profundicen los conocimientos sobre la importancia de la institucionalización de las pacientes con cáncer ginecológico, en la medida de que se demuestra, aunque inicialmente, que estas pacientes presentan un menor nivel de autoestigma y toleran mejor sus niveles de ansiedad y depresión. Esto es probable en tanto estas pacientes no solo reciben atención personal y especializada de manera regular, sino que también

establecen redes de apoyo con otras pacientes y profesionales especializados. En esta línea es que Sánchez, et al. (2016), afirman que se obtienen resultados más alentadores cuando se trabaja en grupos y se llevan adelante programas psicoeducativos tanto individuales como familiares, para los pacientes oncológicos. A modo de conclusión se puede señalar que, la institución va a actuar como un factor protector durante todo el proceso de la enfermedad y en la posible mejora.

7. LIMITACIONES

En un proceso de investigación siempre se presentan algunas limitaciones que es necesario atender y resolver en la medida de lo posible de manera que se pueda garantizar la validez de los resultados. La presente investigación ha debido enfrentar algunos imprevistos que en principio se presentaron como sumamente difíciles de resolver, como es el caso del instrumento de evaluación para el autoestigma. Al no existir un instrumento específico para evaluar esta variable, nos vimos en la necesidad de adaptar un instrumento utilizado para los casos de pacientes con enfermedad mental. Esta adaptación fue llevada con éxito, tal como demuestran los resultados de los análisis de validez y confiabilidad que se reportan.

Otra limitación fue el tamaño de la muestra en tanto las condiciones de pandemia que se está viviendo en el mundo entero, no permite la presencia en los hospitales de las pacientes, por lo que nos vimos en la necesidad de buscar el apoyo de instituciones como ASACO, para tener acceso a estas pacientes de manera que puedan resolver los instrumentos que se les envió. En situaciones normales, seguramente se hubiese podido tener un mayor número muestral y probabilístico, de manera que se hubiese podido dar una mayor validez a los resultados obtenidos.

Es necesario señalar que las dificultades generadas por la pandemia de la COVID 19 y las medidas restrictivas decretadas por el gobierno para controlar su expansión, obligaron a utilizar las vías virtuales para enviar, responder y retornar los instrumentos de evaluación, hecho que felizmente se pudo cumplir gracias a la buena disposición que mostraron las pacientes para ser parte del presente estudio.

8. CONCLUSIONES

En general se puede concluir que los resultados nos informan de la existencia de correlaciones entre el autoestigma, los síntomas de ansiedad y depresión y la calidad de vida.

El autoestigma se encuentra vinculada de manera significativa con la localización del tumor ginecológico.

Los resultados informan de la existencia de diferencias significativas entre las pacientes con y sin autoestigma, respecto de su calidad de vida y los niveles de ansiedad y depresión.

Existen diferencias en el autoestigma, la calidad de vida y la ansiedad y depresión respecto de la fase clínica solo en los casos de alienación y asunción del estereotipo, pero no en los otros casos ni en la autoestigma total.

Los resultados muestran la existencia de diferencias significativas en el autoestigma, la calidad de vida y la ansiedad y depresión con respecto de la localización del tumor.

Sí existe presencia de autoestigma en pacientes con cáncer ginecológico, aun cuando los resultados son relativamente bajos y merecen mayores estudios con pacientes institucionalizados y no institucionalizados.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bengochea-Seco, R, Arrieta-Rodríguez, M, Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., Gómez de Tojeiro-Roce, J., García-Polavieja, B., Gil-Sanz, D. (2018). Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barc.)*, 11, 244-254. doi: 10.1016/j.rpsm.2016.01.007
- Caro, I. Ibáñez, E. (1992). La escala hospitalaria de ansiedad y depresión: su utilidad práctica. *Psicología de la Salud. Boletín de Psicología*, 36, 43–69.
- Cho, J., Smith, K., Choi E-K., Kim, I-R-, Guallar, E., Chang, Y-J. (2013). Public attitudes toward cancer and cancer patients: a national survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 22, 605-13. doi: 10.1002/pon.304
- Fernández-Rodríguez C, Padierna-Sánchez C, Villoria-Fernández E, Amigo-Vázquez I, Fernández-Martínez R., Peláez-Fernández, I. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*. 2011; 23 (3): 374-381.
- Garay, J., Sánchez, D., Moysén, A., Balcázar, P., Gurrola, G., & Esteban, J. (febrero de 2013). *Ansiedad y Depresión en pacientes con cáncer*. México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias de la Conducta. Obtenido de www.interpsiquis.com
- Gil Villa, F. (2012). *La cara social del cáncer*. Barcelona: Octaedro.
- Goffman E. (1986). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Grupo Español de Pacientes con Cáncer (2016). Síndrome de la espada de Damocles. Obtenido de <http://www.ecancercampus.com/mod/page/view.php?id=458>

- Knapp, S. Marziliano, A., Moyer, A. (2014). Identity threat and stigma in cancer. *Patients. Health Psychology Open*, 1(1):2055102914552281. doi: 10.1177/2055102914552281.
- Major, B., & O'Brien, L.T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393 -421.
- Midding, E., Halbach, S.M., Kowalski, C., Weber, R., Würstlein R5, Ernstmann, N. (2018). Men with a "woman's disease": stigmatization of male breast cancer patients-a mixed methods analysis. *American Journal Mens Health*, 12, 2194-2207. doi: 10.1177/1557988318799025.
- Mohabbat-bahar S, Bigdeli I, Mashhadi A, Moradi-Joo M. Investigation of stigma phenomenon in cancer: a grounded theory study. *International Journal of Cancer Management*, 10(2), e6596. doi: 10.17795/ijcp-6596.
- Morales, J.F., Huici, C., Gómez, A. & Gaviria, E. (Eds.). (2008). *Método, teoría e investigación en Psicología Social*. Madrid: Pearson
- Nyblade, L., Stockton, M., Travasso, S., Krishnan, S. (2017). A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in Karnataka, India. *BMC Womens Health*, 2, :58. doi: 10.1186/s12905-017-0407-x.
- Ostroff, J.S., Rilley, K.E., Shen, M.J., Atkinson, T. M., Williamson, T.J. Hamann, H.A. (2019). Lung cancer stigma and depression: validation of the Lung Cancer Stigma Inventory. *Psycho-Oncology*, 28, 1011-1017. doi: 10.1002/pon.5033
- Quinn, D.M. & Chaudoir, S.R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity: the impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 634-51. doi: 10.1037/a0015815.
- Ritsher, J.B.; Otilingam, P.G., Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49
- Rosser, J. Njoroge, B., Huchko, M. (2016). Cervical cancer stigma in rural Kenya: what does have to do with it? *Journal of Cancer Education*, 31, 413-418. doi: 10.1007/s13187-015-0843-y.

- Sánchez B, Martín V, Vázquez C, Alonso E. Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿qué nos encontramos en la práctica clínica? *Psicooncología*. 2016; 13(2-3): p. 191-204.
- Sayles, J. Wong, M. Kinsler, J. Martins, D & Cunningham, W. (2009). The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. *General Internal Medicine*. 24 (10), 1101-1108.
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2020). Las cifras del cáncer en España 2020. Madrid: SEOM. En línea. [Acceso el 19 de abril de 2020]. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf
- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Van Brakel WH (2006). Measuring health-related stigma--a literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 307-34.
- Warmoth, K., Wong, C.C.Y., Chen, L., Ivy, S., Lu, Q. (2020). The role of acculturation in the relationship between self-stigma and psychological distress among Chinese American breast cancer survivors. *Psychological, Health & Medicine*, 16, 1-15. doi: 10.1080/13548506.2020.1734638.
- Wyman, O. (2020). El impacto económico y social del cáncer en España. AECC Asociación Española Contra el Cáncer. [Acceso el 10 de marzo de 2021] Obtenido de <https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Informe-Los-costes-cancer.pdf>
- Zigmond A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXOS

Estudio de Estigma y Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer Ginecológico

1. El objetivo de esta investigación es determinar los NIVELES DE AUTO-ESTIGMA que presentan las mujeres que en algún momento tuvieron o tienen cáncer ginecológico, así como también asociarlos a la CALIDAD DE VIDA Y MALESTAR EMOCIONAL como consecuencia de la enfermedad. Esta investigación debe permitir elaborar y aplicar un conjunto de programas de intervención destinados a mejorar los niveles de calidad de vida y de la propia atención global que se les brinda.

2. En la presente investigación se procederá de la manera siguiente:

Se tomará contacto con todas las mujeres que tengan o hayan tenido cáncer ginecológico. A todas ellas se les explicará la naturaleza de la investigación, así como los objetivos propuestos y se les garantizará la confidencialidad y uso que se hará de los datos que se obtendrán.

3. La información que se obtendrá con los instrumentos de evaluación es estrictamente confidencial y únicamente será facilitada a la persona partícipe del estudio o a aquellos a quien ella autorice por escrito. Estos datos quedarán bajo la custodia del Master de Psicooncología de la Universidad Complutense de Madrid y de ASACO, y no podrán ser cedidos a ninguna tercera entidad de estudios epidemiológicos, garantizando en todo momento el anonimato. Si la paciente deseara más adelante que la información sea destruida, podrá solicitarlo por escrito a la persona responsable de la entidad.

Me han explicado los objetivos del estudio estigma y calidad de vida en mujeres con cáncer ginecológico

SI __ NO __

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Igualmente, se me ha comunicado que, si decido no tomar parte de esta investigación, mi decisión será respetada en todo momento. Por todo ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y en tales condiciones:

SI ___ NO ___

CONSENTIMIENTO

Consiento participar en la investigación Estigma y Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer Ginecológico.

No consiento participar en la investigación Estigma y Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer Ginecológico.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad						
Escolaridad	Sin escolaridad		Primaria	Secundaria	Superior o universitario	
Estado Civil	Soltera	Casada	Separada/Divorciada	Pareja de hecho	Viuda	Otros (especificar)
Ocupación	Ama de casa	Empleada	Por cuenta propia	Estudiante	Otros (especificar)	
Situación laboral	Activa	En paro	Incapacidad laboral transitoria	Incapacidad laboral permanente	Jubilación	Otros (especificar)

DATOS MÉDICOS

¿Cuál es su diagnóstico actual?

.....

Localización del tumor

Ovario	Cérvix	Útero	Endometrio	Vulva	Vagina	Otros
--------	--------	-------	------------	-------	--------	-------

¿Cuál es la fase clínica actual?

En tratamiento (primera vez)	Recidiva	Superviviente
------------------------------	----------	---------------

Tiempo desde el diagnóstico

0-3meses	3-6meses	6-12 meses	1-2años	2-5 años	más de 5 años
----------	----------	---------------	---------	----------	---------------

¿Tiene Ud. antecedentes familiares?

SI ___ NO ___

Si respondió sí, ¿cuántos familiares han tenido la enfermedad?

.....

¿Tiene usted antecedentes de VPH?

SI ___ NO ___

¿Se ha vacunado contra el VPH?

SI ___ NO ___

Si respondió sí, ¿qué edad tenía cuando se vacunó contra el VPH?

.....

ESCALA DE AUTO-ESTIGMA INTERIORIZADO

En este cuestionario se utiliza de forma repetida la palabra "Cáncer", por favor piense cómo aplicar esta palabra a su caso.

En cada afirmación, marca si estás:

1. Totalmente en desacuerdo

2. Algo en desacuerdo

3. Algo de acuerdo

4. Totalmente de acuerdo

1. Me siento fuera de lugar porque tengo cáncer	1	2	3	4
2. Tener cáncer ha destrozado mi vida	1	2	3	4
3. Siento que las personas sin cáncer no pueden entenderme	1	2	3	4
4. Me da vergüenza tener cáncer	1	2	3	4
5. Me siento culpable por tener cáncer	1	2	3	4
6. Me siento inferior a las personas que no tienen cáncer	1	2	3	4
7. Respondo a la imagen o estereotipo que se tiene de las personas con cáncer	1	2	3	4
8. Por mi apariencia la gente puede decir que estoy enferma	1	2	3	4
9. Las personas con cáncer tienden a ser irritables	1	2	3	4
10. La mayoría de las veces, otras personas deben decidir por mí por tener cáncer	1	2	3	4
11. Las personas con cáncer no pueden vivir una vida satisfactoria y gratificante	1	2	3	4
12. Las personas con cáncer no deberían vivir en pareja	1	2	3	4
13. No puedo aportar nada a la sociedad porque tengo cáncer	1	2	3	4
14. La gente me discrimina porque tengo cáncer	1	2	3	4
15. Algunas personas piensan que no puedo conseguir mucho en la vida porque tengo cáncer	1	2	3	4
16. La gente me ignora o me toma menos en serio porque tengo cáncer	1	2	3	4

17. A menudo la gente me trata con condescendencia o me tratan como a una niña, porque tengo cáncer	1	2	3	4
18. Nadie se interesaría en acercarse a mí porque tengo cáncer	1	2	3	4
19. No hablo mucho sobre mí porque no quiero cansar a los demás con el cáncer que padezco	1	2	3	4
20. No me relaciono con otras personas tanto como solía porque podría comportarme de forma extraña a causa del cáncer	1	2	3	4
21. Los estereotipos o creencias negativas sobre el cáncer me aíslan del mundo "normal"	1	2	3	4
22. No me relaciono con otras personas para no avergonzar a mi familia y mis amistades	1	2	3	4
23. Cuando estoy con personas sin cáncer siento que no estoy a la altura o que estoy fuera de lugar	1	2	3	4
24. Evito acercarme a personas sin cáncer para evitar el rechazo	1	2	3	4
25. No me importa e incluso me apetece que la gente sepa que tengo cáncer	1	2	3	4
26. En general, soy capaz de vivir mi vida como quiero	1	2	3	4
27. Puedo tener una vida satisfactoria y plena, a pesar del cáncer	1	2	3	4
28. Las personas con cáncer hacen importantes contribuciones a la sociedad	1	2	3	4
29. Vivir con cáncer me ha convertido en una superviviente nata	1	2	3	4

EORTC QLQ-C30

En esta sección, estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, marcando el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas".

1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta? 1 2 3 4
 2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo? 1 2 3 4
 3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa? 1 2 3 4
 4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día? 1 2 3 4
 5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio? 1 2 3 4
- Durante la última semana...
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas? 1 2 3 4
 7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio? 1 2 3 4
 8. ¿Tuvo asfixia? 1 2 3 4
 9. ¿Ha tenido dolor? 1 2 3 4
 10. ¿Necesitó parar para descansar? 1 2 3 4
 11. ¿Ha tenido dificultades para dormir? 1 2 3 4
 12. ¿Se ha sentido débil? 1 2 3 4
 13. ¿Le ha faltado el apetito? 1 2 3 4
 14. ¿Ha tenido náuseas? 1 2 3 4
 15. ¿Ha vomitado? 1 2 3 4
 16. ¿Ha estado estreñado/a? 1 2 3 4
 17. ¿Ha tenido diarrea? 1 2 3 4
 18. ¿Estuvo cansado/a? 1 2 3 4

19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias? 1 2 3 4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión? 1 2 3 4
21. ¿Se sintió nervioso/a? 1 2 3 4
22. ¿Se sintió preocupado/a? 1 2 3 4
23. ¿Se sintió irritable? 1 2 3 4
24. ¿Se sintió deprimido/a? 1 2 3 4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas? 1 2 3 4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar? 1 2 3 4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales? 1 2 3 4
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico? 1 2 3 4

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted

29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Pésima | | | | | | Excelente |
30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Pésima | | | | | | Excelente |

H.A.D.S

Este cuestionario se ha construido para saber cómo te sientes. Lee cada frase y marca la respuesta que más se ajusta a cómo te sentiste durante la semana pasada. No pienses mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contestas deprisa, tus respuestas podrán reflejar mejor cómo te encontrabas durante la semana pasada.

1. Me siento tenso o “nervioso”	Todos los días	Muchas veces	A veces	Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	Como siempre	No lo bastante	Sólo un poco	Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder	Definitivamente, y es muy fuerte	Sí, pero no es muy fuerte	Un poco, pero no me preocupa	Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	Igual que siempre lo hice	No tanto ahora	Casi nunca	Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones	La mayoría de las veces	Con bastante frecuencia	A veces, aunque no muy a menudo.	Solo en ocasiones
6. Me siento alegre	Nunca	No muy a menudo	A veces	Casi siempre
7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.	Siempre	Por lo general	No muy a menudo	Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento	Por lo general, en todo momento	Muy a menudo	A veces	Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago	Nunca	En ciertas ocasiones	Con bastante frecuencia	Muy a menudo
10. He perdido interés por mi aspecto personal	Totalmente	No me preocupo tanto como debiera	Podría tener un poco más de cuidado	Me preocupo al igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	Mucho	Bastante	No mucho	Nada
12. Me siento optimista respecto al futuro	Igual que siempre	Menos de lo que acostumbraba	Mucho menos de lo que acostumbraba	Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	Muy frecuentemente	Bastante a menudo	No muy a menudo	Nada
14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	A menudo	A veces	No muy a menudo	Rara vez