

Calidad de vida en cuidadores de enfermos asmáticos: un estudio comparativo

A comparative study about the quality of life of caregivers of asthmatic children

Francisco Javier Beltrán Guzmán¹, Irma Aída Torres Fermán²,
Francisco Vázquez Nava², Carmen Barrientos Gómez²,
Dolores Lin Ochoa², Adela Ayulia Beltrán Torres³
y Óscar Rosales Sánchez¹

RESUMEN

El propósito de este estudio fue analizar los efectos sobre la calidad de vida de los cuidadores de menores asmáticos en el hogar. Participaron cincuenta y dos cuidadores de pacientes con enfermedades respiratorias que acudían a dos clínicas para su atención. Para recabar la información, se utilizó el Cuestionario de la Calidad de Vida de Personas Encargadas del Cuidado del Niño con Asma (PACQLQ), de Junniper. Los resultados permiten afirmar que los cuidadores de pacientes infantiles con asma sufren afectaciones emocionales y la limitación de su actividad.

Palabras clave: Calidad de vida; Cuidadores; Niños asmáticos.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the effects on the quality of life of caregivers of asthmatic children in their homes. Fifty-two caregivers of patients with respiratory illnesses attending two clinics participated. In order to successfully obtain the information, the Questionnaire for Quality of Life of Persons in Charge of Caring for Children with Asthma (PACQLQ), designed by Junniper, was used. The results make it possible to affirm that the caregivers of pediatric patients with asthma undergo affectations, both in the limitation of activity and in emotional expression.

Key words: Quality of life; Caregivers; Asthmatic children.

¹ Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, tel. (228, ext. 13217, correo electrónico: j.beltrang@gmail.com. Artículo recibido el 11 de febrero y aceptado el 21 de mayo de 2008.

² Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Centro Universitario Tampico-Madero, Av. Universidad y Blvd. Adolfo López Mateos, tel. (833)227-05-76, correos electrónicos: aferman@uat.edu.mx, fvazquez@yahoo.com.mx, cbarrien@uat.edu.mx y dlin@uat.edu.mx.

³ PARA Internacional, 3ª Cerrada, Av. del IMAN, Mz 6, Lote 1, Dpto. 602, Pedregal de la Zorra, México, D.F., tel. (55)51-61-70-14, correo electrónico: ayuliabt@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

El asma tiene diversos efectos en los individuos dependiendo de su edad, condiciones de vida o actividad laboral, entre otros factores; en personas económicamente activas, con edades de entre 20 y 60 años, tiene un efecto negativo al ocasionar constantes ausencias al trabajo debido a las crisis que provoca y a lo incapacitante de sus efectos sobre la salud general. En el caso particular de los niños, el asma es un padecimiento que ocurre con mucha frecuencia debido al clima, la exposición al calor, un ejercicio enérgico o una situación emocional, lo que genera en ellos reacciones alérgicas generalizadas, como comezón o urticaria, angioedema, eczema e hipersensibilidad a ciertos alimentos, medicamentos o piquetes de insectos.

El asma representa actualmente un serio problema de salud y existen dificultades todavía para su diagnóstico oportuno (Vázquez, Torres, Beltrán, Cruz y Joffre, 2007). Consecuentemente, en ocasiones el tratamiento que se indica no es el adecuado y, como resultado de ello, sobreviene el abandono del tratamiento y se fortalecen conductas de no adherencia al mismo, ya sea porque los padres consideran ineficaz continuar con el tratamiento o por la sugerencia de otras personas, calificadas o no.

En el caso particular del asma infantil, se le considera también como una enfermedad psicosomática (Beltrán, Torres, Vázquez, Saldívar y Joffre, 2007). Entre sus efectos más visibles se hallan la disminución de la calidad de vida y salud general del menor, sensaciones somáticas como dolor o satisfacción, incapacidad funcional y carencia de bienestar emocional, psicológico y social, todos ellos dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

De acuerdo con Oblitas (2004), el concepto "calidad de vida" ha tenido diversas variaciones a lo largo del tiempo; la mayoría de las veces se ha tratado de ampliaciones, como el cuidado de la salud personal, la preocupación por la salud e higiene públicas, los derechos humanos laborales y ciudadanos o la capacidad de acceso a los bienes económicos. El mismo autor menciona que actualmente el concepto hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes

elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; además, puede ser definido, en términos generales, como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo (Oblitas, 2004).

Schalock y Verdugo (2002) apuntan que las dimensiones centrales de la calidad de vida (CDV) son el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos, en tanto que sus indicadores son las percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión de la CDV que reflejan la percepción de una persona o su verdadera calidad de vida, relacionados ambos funcionalmente de un modo válido y sensible.

Existen tres niveles de medición de la CDV: el *microsistema*, o contextos sociales inmediatos, como la familia, el grupo de pares y el lugar de trabajo; el *mesosistema*, que incluye el vecindario y las agencias de servicios u organizaciones que afectan directamente el microsistema, y el *macrosistema*, que son los patrones más amplios de cultura, las tendencias sociopolíticas, los sistemas económicos y otros factores relacionados con la sociedad en general (Schalock y Verdugo, 2002).

En resumen, la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que debe contener los siguientes aspectos: el funcionamiento físico, los factores psicológicos y los aspectos sociales (Teva, Bermúdez, Hernández y Buela, 2004).

Como se sabe, el asma es una enfermedad que afecta a personas de todas las edades, aunque su incidencia es particularmente elevada entre los niños y los adultos jóvenes. Del mismo modo, hay una multiplicidad de factores que determinan la aparición de los problemas asmáticos y que afectan igualmente la calidad de vida de los cuidadores de quienes sufren aquellos. Al respecto, Vargas y Robles (2007) señalan: "El costo económico, la falta de apoyo de la comunidad y de su propio círculo social, así como la perturbación de la vida familiar, son los tres problemas principales que padece la gran mayoría de los niños con asma". El apoyo social proporcionado por la familia o los cuidadores es un factor determinante para la superación de cualquier enfermedad, por ejemplo

alzheimer, padecimientos renales, trasplantes o cáncer, entre otros, pero la sobrecarga de los cuidadores por tal responsabilidad reduce asimismo su calidad de vida (Molina, Iañez y Iañez, 2005; Ocampo, Zapata, Villa y Vinaccia, 2007; Vinaccia, Quiceno, Fernández y cols., 2005).

Otros factores encontrados son los de carácter sociodemográfico. Erickson, Munzerberger, Plante y cols. (2002) abordaron algunos de estos factores, tales como pertenecer a una raza minoritaria, tener un bajo nivel de ingreso económico, bajo nivel educativo, apoyo social inadecuado, uso inefectivo de medicamentos o creencias en salud inapropiadas, todos los cuales se hallan relacionados con el incremento en la prevalencia y severidad de las reacciones asmáticas, mismas que, al final, tienen un impacto en la calidad de vida tanto de los pacientes asmáticos como de sus cuidadores. Para obtener tales datos, utilizaron el Pediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ), desarrollado por Juniper (2000).

Halterman, Yoos, Conn y cols. (2004) reafirman la importancia de medir la calidad de vida de los cuidadores en el diseño de las intervenciones de niños que padecen asma. Señalan, no obstante, que no existe suficiente información al respecto en cierta clase de grupos sociales (minorías étnicas). Estos autores estudiaron niños con asma persistente leve y severa, y considerando la influencia de ciertos factores sociodemográficos. Autores como Erickson y cols. (2002) y Vidal, Duffau y Ubilla (2007) utilizaron asimismo el PACQLQ, encontrando una relación directa entre la reducción de los síntomas y la mejora en la calidad de vida.

La calidad de vida de los cuidadores se ha relacionado también con la efectividad de los medicamentos para el control del asma. Murphy, Fitzpatrick, Cruz-Rivera, Millar y Parasuraman (2003) estudiaron en dos grupos de pacientes asmáticos leves y moderados los efectos de las nebulizaciones de budesonida y cromolina sódica. El primero de ellos tuvo un efecto superior al segundo. Los padres, a través del PACQLQ, reportaron cambios sensibles en su calidad de vida a partir del control de las reacciones asmáticas por el medicamento mencionado.

En la presente investigación se hizo un estudio comparativo de dos grupos de cuidadores de pacientes asmáticos pediátricos con el propósito

de observar cómo se ha visto afectada su calidad de vida debido a tal circunstancia.

MÉTODOS

Este fue un estudio de tipo exploratorio por su nivel de estructuración y sus objetivos inmediatos; además, es un estudio correlacional por la naturaleza de la relación entre las variables.

Participantes

Se trabajó con dos poblaciones de pacientes con enfermedades respiratorias, específicamente asma. La primera fue una población de pacientes que acudían a la clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Ciudad Madero, Tamaulipas (México); la segunda correspondió a una población abierta de pacientes que asistían a la Clínica de Asma del Hospital Civil "Luis F. Nachón" de la ciudad de Xalapa, Veracruz (México).

Muestras

Se obtuvieron dos muestras por juicio o intencionales y por muestreo no probabilístico porque los sujetos poseían las características necesarias para el estudio. La muestra 1 estuvo conformada por 36 pacientes del IMSS, al que concurrieron durante un período de cuatro meses. La muestra 2 se integró por 16 pacientes que asistieron a las clínicas mencionadas durante el mismo período.

Para la recolección de la información se utilizó el PACQLQ. Este cuestionario tiene el propósito de averiguar cómo ha estado el cuidador durante los últimos siete días. Se preguntó, en consecuencia, a los cuidadores de qué manera el asma del menor a su cargo había afectado sus actividades normales diarias y cómo esto los había hecho sentir.

Procedimiento

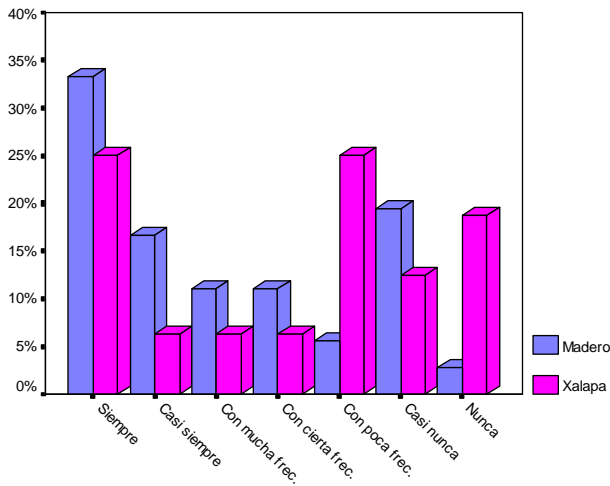
El procedimiento seguido para la obtención de la información abarcó las siguientes etapas: 1) Entrevista con los responsables del Departamento de Alergología del IMSS-Tampico y de la Clínica del Asma del Hospital Civil de Xalapa; 2) Capacitación

de los encuestadores; 3) Aplicación de los cuestionarios durante el período mencionado en las instalaciones de las clínicas respectivas, y, finalmente, 4) Procesamiento de la información obtenida.

RESULTADOS

En la Gráfica 1 se observa que la muestra de los padres de niños asmáticos de la ciudad de Xalapa no se había sentido impotente o asustada nunca o casi nunca, lo que representa 31.3%, mientras que en la muestra de Madero sólo 22.2% de los entrevistados no había experimentado este sentimiento; asimismo se aprecia que en la muestra de Ciudad Madero 61.7% de los padres había tenido dicho sentimiento siempre, casi siempre o con mucha frecuencia.

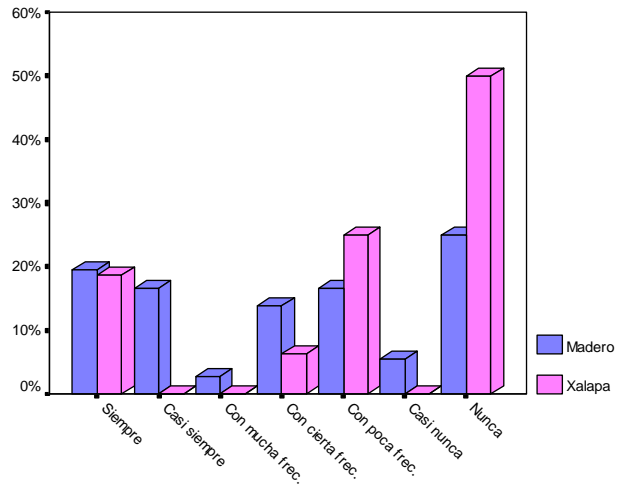
Gráfica 1. ¿Se ha sentido impotente o se ha asustado cuando su hijo tenía tos, silbidos en el pecho o ahogo?



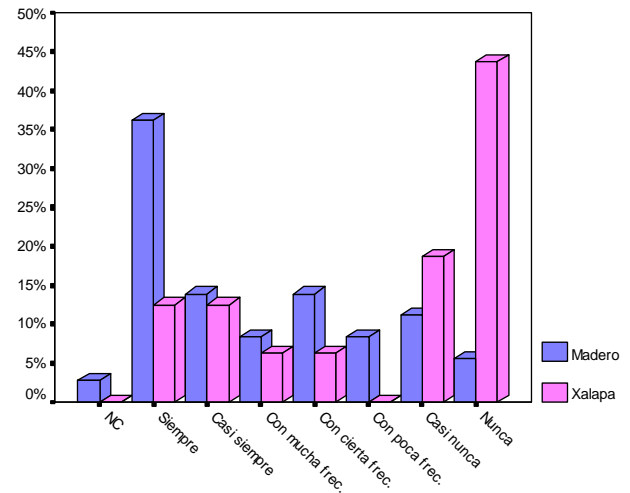
Respecto de la pregunta de si la familia había tenido que cambiar de planes a causa del asma del menor, la mitad de los padres de la muestra de Xalapa dijo no haberlo hecho, en tanto que la de Ciudad Madero expresó lo mismo, aunque en un menor porcentaje, esto es, solo la cuarta parte (Gráfica 2).

En la Gráfica 3 se aprecia que la mayor parte de los padres de la muestra de Xalapa nunca o casi nunca se habían sentido frustrados o impotentes porque su hijo estaba irritable a causa del asma, lo que discrepa agudamente de lo manifestado por la muestra de Ciudad Madero.

Gráfica 2. ¿Su familia ha tenido que cambiar de planes a causa del asma de su hijo?



Gráfica 3. ¿Se ha sentido usted frustrado o impaciente por que su hijo estaba irritable a causa del asma?



También se observó que más de la cuarta parte de los entrevistados de Ciudad Madero veía afectado su trabajo o labores domésticas a causa del padecimiento de su hijo, en tanto que la mitad de la muestra de Xalapa nunca o casi nunca mostró alteraciones en esas actividades. En cuanto a la pregunta de si se habían sentido preocupados a causa de la tos, los silbidos en el pecho o el ahogo de su hijo, la mayor parte de la muestra de Ciudad Madero había experimentado este sentimiento siempre, casi siempre o con mucha frecuencia, lo que representa 80.6%, en tanto que la muestra de

Xalapa lo manifestó en un menor grado (37.5%). Asimismo, se aprecia una notable diferencia entre las dos muestras, ya que 31.3% de los entrevistados de Xalapa indicó que nunca sufría alteraciones en el sueño a causa del padecimiento de su hijo, mientras que la muestra de Ciudad Madero señaló lo anterior en un menor porcentaje, esto es, 11.1%. Se puede observar que 61.1% de los padres de esta última ciudad había tenido alteraciones en el sueño siempre, casi siempre o con mucha frecuencia a causa del asma de su hijo.

Con relación a la pregunta de si les había molestado que el asma del menor afectara las relaciones familiares, los resultados indican que no existe gran diferencia entre las dos muestras, ya que 81.3% de la muestra de Xalapa dijo no haber experimentado ese sentimiento (nunca y casi nunca), y 69.5% de la muestra de Ciudad Madero afirmó lo mismo. Por otro lado, se observó que 37.5% de la primera muestra nunca o casi nunca había tenido que despertar durante la noche a causa del padecimiento de su hijo, mientras que 52.7% de los entrevistados de la segunda había sufrido alteraciones (siempre, casi siempre o con mucha frecuencia). En respuesta a la pregunta de si se habían sentido irritados por el asma de su hijo, la mayoría de los entrevistados de Xalapa expresó no experimentar ese sentimiento nunca o casi nunca (81.3%), en tanto que 55.5% de la muestra de Ciudad Madero dijo manifestarlo.

En la segunda parte del cuestionario se plantea una pregunta general acerca de la preocupación por el desempeño del niño. A este respecto, 21.3% de la muestra de Xalapa se preocupaba nada o casi nada acerca de cómo desempeñaba su hijo las actividades normales diarias, mientras que la muestra de Ciudad Madero lo hacía en un menor porcentaje, esto es, 13.9%; asimismo, 44.4% de los entrevistados de esta última ciudad dijo preocuparse muchísimo, mucho o bastante al respecto. Con relación a la pregunta de qué tanto se habían preocupado los padres acerca de los medicamentos indicados para tratar el asma del menor y los efectos secundarios de estos, hubo una notable

diferencia entre las dos muestras examinadas, ya que para 18.8% de Xalapa es un factor que no le preocupaba en absoluto, mientras que 5.6% de la muestra de Ciudad Madero se preocupaba casi nada; no obstante, ambas muestras presentan porcentajes similares en las respuestas de “muchísimo”, “mucho” y “bastante”, es decir, 75.1% y 61.1%, respectivamente.

El 37.6% de los entrevistados de Xalapa se preocupaba nada o casi nada acerca de sobreproteger a su hijo, en tanto que los entrevistados de Ciudad Madero afirmaron eso mismo en un menor porcentaje (2.8%). Finalmente, y con relación a la pregunta de qué tanto se habían preocupado acerca de que su hijo pudiera llevar una vida normal, para el 69.5% de la muestra de Ciudad Madero este era un factor que definitivamente le preocupaba, ya que los padres dieron respuestas tales como “muchísimo”, “mucho” y “bastante”, en tanto que la muestra de Xalapa este factor le preocupaba sólo a 50.1% (“muchísimo” y “mucho”).

Contraste de hipótesis

Observando los anteriores datos se puede apreciar que son muy diferentes las respuestas que dieron las personas encargadas del cuidado del niño con asma en el IMSS de Ciudad Madero y las de la Clínica del Asma de Xalapa. No obstante, se recurrió a las pruebas no paramétricas con el propósito de saber si era significativa tal diferencia. La prueba utilizada fue la de Mann-Whitney para muestras independientes. A un nivel de significancia de .05, las hipótesis nula y alterna son, a saber:

H_0 : Las respuestas de los padres de Xalapa y Ciudad Madero *son* semejantes ($H_0: M_M = M_X$).

H_a : Las respuestas de los padres de Xalapa y Ciudad Madero *no son* semejantes ($H_a: M_M \neq M_X$).

Si $p < .05$, se rechaza H_0 (hipótesis nula) y en consecuencia no se rechaza H_a (hipótesis alterna).

En la Tabla 1 se observa que la prueba de Mann-Whitney detectó significancia estadística en los ítems 3, 5, 12 y 13, referentes a la función emocional.

Tabla 1. Prueba Mann-Whitney de los ítems.

ÍTEMS	P
Función emocional	
1. ¿Se ha sentido impotente o se ha asustado cuando su hijo tenía tos, silbidos en el pecho o ahogo?	.142
3. ¿Se ha sentido usted frustrado o impaciente por que su hijo estaba irritable a causa del asma?	.003
5. ¿Se ha sentido usted preocupado a causa de la tos, silbidos en el pecho o ahogo de su hijo?	.016
7. ¿Le ha molestado que el asma de su hijo afectara las relaciones familiares?	.406
9. ¿Ha estado enojado porque su hijo tiene asma?	.099
10. ¿Acerca de cómo desempeña su hijo las actividades normales diarias?	.249
11. ¿Acerca de los medicamentos para el asma de su hijo y los efectos secundarios de estos?	.430
12. ¿Acerca de sobreproteger a su hijo?	.034
13. ¿Acerca de que su hijo pueda llevar una vida normal?	.011
Limitación de actividades	
2. ¿Su familia ha tenido que cambiar de planes a causa del asma de su hijo?	.108
4. ¿El asma de su hijo a afectado el trabajo o las labores domésticas de usted?	.064
6. ¿Ha pasado usted noches sin dormir a causa del asma de su hijo?	.016
8. ¿Se ha despertado usted durante la noche a causa del asma de su hijo?	.002

Observando las gráficas y el $p < .05$ de la Tabla 1, se puede concluir que los padres de Ciudad Madero se habían sentido frustrados o impacientes de que su hijo estuviese irritable a causa del asma, no así los de Xalapa; así también se puede decir que la persona encargada del cuidado del niño con asma de Ciudad Madero se había sentido preocupada a causa de la tos, los silbidos en el pecho o el ahogo de su hijo, preocupada por sobreproteger a su hijo y de que éste pudiera llevar una vida normal, es decir, tuvieron opiniones contrarias que las de las personas encargadas del cuidado del niño con asma de Xalapa.

Respecto a la limitación de actividades, se puede concluir que las personas encargadas del cuidado de niños con asma en ambos escenarios no presentaron diferencias en los ítems 2 y 4, es decir, en ambas clínicas la mayoría de los padres opinó que no habían tenido que cambiar de planes a causa del asma de su hijo. Ambas muestras exhibieron frecuencias similares en la pregunta de si el asma del menor había afectado su trabajo o las labores domésticas. Sin embargo, en los ítems 6 y 8 hubo diferencias en las opiniones, pues los padres de Madero dijeron haber pasado muchas noches sin dormir a causa del asma de su hijo y que se habían despertado durante la noche por ese hecho.

En conclusión, las opiniones de la persona encargada del cuidado del niño con asma, paciente del IMSS de Ciudad Madero, fueron contrarias a las de sus contrapartes de Xalapa en los ítems 3, 5, 12, 13, 6 y 8.

CONCLUSIÓN

El presente estudio forma parte de una serie de investigaciones iniciales sobre la calidad de vida de los cuidadores de pacientes pediátricos asmáticos. Esta preocupación se fundamenta en el hecho de que los servicios de salud únicamente están dirigidos al paciente, sin tomar en cuenta a los cuidadores o encargados de atenderlos.

No obstante, si la calidad de vida de los padres o tutores mejora, su respuesta para atender las demandas del paciente asmático mejorará sensiblemente, trayendo como consecuencia la necesaria tranquilidad en el hogar, producto de la reducción del estrés que un paciente enfermo provoca, así como de la menor frecuencia de visitas a los centros hospitalarios y, fundamentalmente, a los servicios de urgencias.

Desde luego, se requiere de una intervención con los cuidadores a través de programas de educación para la salud que los lleven a conocer el

* Para realizar la prueba de los ítems 8, 9, 10, 11, 12 y 13 sólo se trabajó con 29 cuestionarios en Madero ya que algunos padres no respondieron. Respecto a los cuestionarios de Xalapa, todos ellos fueron considerados en el análisis. En otras palabras, en estos ítems se aplicaron 29 cuestionarios de madero y 16 en Xalapa.

padecimiento y las habilidades requeridas para su manejo; es necesario asimismo que permitan el manejo de sus emociones y que resuelvan los conflictos emocionales que esto les ocasiona, como la angustia e impotencia para auxiliar al menor durante un ataque de asma. Tal intervención haría posible reducir la inducción de los ataques de

asma debidos a la sobreprotección de los padres (Caso, 2006).

El siguiente paso consistirá en desarrollar estos programas para ponerlos a consideración de las escuelas, las instituciones de salud y los propios padres, a fin de que los apliquen en tales circunstancias.

REFERENCIAS

- Beltrán, F.J., Torres, I.A., Vázquez, F., Saldívar, A. y Joffre, V. (2007). Asma ¿una enfermedad psicósomática? En A. Saldívar, I. A. Torres, F. Vázquez y F. J. Beltrán (Comps.): *Calidad de vida y asma infantil*. Xalapa (México): Arana Editores.
- Caso, M.E. (2006). La sobreprotección parental como factor asociado en el asma bronquial en niños. *Psicología y Salud*, 16(1), 33-39.
- Erickson, S.R., Munzenberger, P.J., Plante, M.J., Kirking, D.M., Hurwitz, M.E. y Vanuva, R.Z. (2002). Influence of sociodemographics on the health-related quality of life of pediatric patients with asthma and their caregivers. *Journal of Asthma*, 39(2), 107-117.
- Halterman, J.S, Yoos, H.L., Conn, K.M., Callahan, P.M., Montes, G., Neely, T.L. y Szilagyi, P.G. (2004). The impact of childhood asthma on parental quality of life. *Journal of Asthma*, 41(6), 645-653.
- Juniper, E. (2000). *Cuestionario de Calidad de Vida para Pacientes Pediátricos con Asma (PAQLQ)*. Hamilton (Canadá): McMaster University Medical Center.
- Molina, J., Iáñez, M.A. y Iáñez, B., (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de alzheimer. *Psicología y Salud*, 15(1), 33-43.
- Murphy, K.R., Fitzpatrick, S., Cruz-Rivera, M., Miller, C.J. y Parasuraman, B. (2003). Effects of budesonide inhalation suspension compared with cromolyn sodium nebulizer solution on health status and caregiver quality of life in childhood asthma. *Pediatrics*, 112(3).
- Oblitas, L. (Coord.). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Ocampo, L.E., Zapata, C.M., Villa, A.J. y Vinaccia, S. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes trasplantados de riñón, hígado y médula ósea. *Psicología y Salud*, 17(1), 125-131.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Teva, I., Bermúdez, M.P., Hernández, J. y Buena, G. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. *Psicología y Salud*, 14(2), 229-236.
- Vargas, P. y Robles, E. (2007). La lucha por obtener atención médica: análisis cualitativo de la perspectiva de padres de niños con asma. En A. Saldívar, I. A. Torres, F. Vázquez y F. J. Beltrán (Coords.): *Calidad de vida y asma infantil*. Xalapa (México): Arana Editores.
- Vázquez, F., Torres, I.A., Beltrán, F.J., Cruz, L. y Joffre, V. (2007). Asma y calidad de vida. En A. Saldívar, I. A. Torres, F. Vázquez y F. J. Beltrán (Coords.): *Calidad de vida y asma infantil*. Xalapa (México): Arana Editores.
- Vidal, A., Duffau, G. y Ubilla, C. (2007). Calidad de vida en el niño asmático y su cuidador. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 23(3), 160-166.
- Vinaccia, S., Quiceno, M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15(2), 207-220.