

Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar

Life quality, resistant personality, and perceived social support in patients with lung cancer diagnosis

Stefano Vinaccia¹, Japcy Margarita Quiceno¹, Hamilton Fernández¹, Françoise Contreras², Mercy Bedoya³, Sergio Tobón⁴ y Mónica Zapata¹

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue evaluar las dimensiones de calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social en pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón, y observar las relaciones entre estas variables. Para ello, fueron seleccionados 29 pacientes no terminales a quienes se les aplicó el módulo general del Cuestionario de Calidad de Vida, el módulo específico de Cáncer de Pulmón, el Inventario de Puntos de Vista Personales y la Escala de Apoyo Social Percibido. El estudio evidenció que los pacientes perciben una calidad de vida favorable en todas sus dimensiones, siendo algo menor en la emocional, probablemente por la alta presencia del síntoma de dolor en estos pacientes. No se encontró una personalidad resistente definida; sin embargo, son personas que asumen estrategias de afrontamiento adaptativas, como la búsqueda de información y el apoyo social. Se destaca la importancia del síntoma de dolor y su impacto sobre la calidad de vida del paciente a través de otros síntomas y escalas funcionales, toda vez que la afecta de forma directa e indirecta.

Palabras clave: Calidad de vida; Personalidad resistente; Enfermedad crónica; Apoyo social; Cáncer pulmonar.

ABSTRACT

The purpose of this investigation was to evaluate the extent of quality of life, hardiness personality, and social support in patients diagnosed with lung cancer, and to observe the relationship among these variables. 29 non-terminal patients were selected, to whom the general module of the Quality of Life Questionnaire, the specific module of Lung Cancer, the Personal Points of View inventory, and the Scale of Perceived Social Support were administered. The study demonstrated that these patients perceive a quality of life favorable in all aspects, being somewhat less in the emotional aspect, probably because of the acute symptoms of pain in these patients. No definite hardiness personality was encountered; however, these are individuals who assume a strategy of adaptive coping, such as looking for information, and social support. The relevance of the symptoms of pain and its impact upon the patient's quality of life through direct and indirect ways is evaluated.

Key words: Quality of life; Hardy personality; Chronic illness; Social support; Lung cancer.

¹ Universidad de San Buenaventura en Medellín, Carrera 56C, Número 51-90, Medellín, Colombia, Apartado Aéreo 81240, correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com. Artículo recibido el 18 de marzo y aceptado el 27 de agosto de 2005.

² Universidad de Santo Tomás, Carrera 9, Número 51-11, Bogotá, Colombia.

³ Instituto de Cancerología de la Clínica de las Américas, Carrera 80, diagonal 75B, Número 2A-80-140, Medellín, Colombia.

⁴ Universidad de Antioquia, Calle 67, Número 53-108, Medellín, Colombia.

Desde hace más de dos décadas, la psicología ha hecho importantes contribuciones al estudio de los factores psicológicos asociados con la incidencia del cáncer, la respuesta al tratamiento, la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas que padecen esta enfermedad. Entre los aportes más relevantes se hallan el estudio de las diferencias de personalidad que probablemente hagan a unos individuos más propensos a desarrollar algunos tipos de cáncer o que afecten su curso o pronóstico (López, Ramírez, Esteve y Anarte, 2002); la personalidad tipo C, caracterizada principalmente por la falta de expresión emocional, que podría guardar alguna relación con el desarrollo del cáncer (Temoshok, 1987); la personalidad resistente, cuya característica fundamental es el fuerte sentimiento de control sobre la vida y de compromiso con ciertas metas y objetivos (Kobasa, 1979); ciertos factores psicológicos asociados al cáncer, como la presencia de altos niveles de depresión, indefensión y pesimismo (Carver, Meyer y Anthony, 2000), y la calidad de vida percibida, que se ha relacionado con la adaptación a la enfermedad y la respuesta a los tratamientos (Gilbar, 1991).

El cáncer de pulmón es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y descontrolado de células que invaden y destruyen el tejido pulmonar; se ha convertido desde 1997 en una de las causas más frecuentes de mortalidad en la población masculina, con preeminencia sobre el cáncer de estómago, colon e hígado, mientras que en la población femenina se ubica después del cáncer de mama (Dirección Seccional de Salud del Departamento de Antioquia, 2000).

Entre las causas principales del cáncer de pulmón se encuentran el hábito de fumar, la exposición al humo del cigarrillo, la inhalación de sustancias químicas, el consumo de ciertos alimentos ahumados, la contaminación ambiental o a la conjunción de todas ellas, lo que aumenta el riesgo de padecer la enfermedad (Perera, 1996); no obstante, el cáncer del pulmón puede ocurrir en personas que nunca han fumado ni se han expuesto a sustancias carcinógenas.

El cáncer es una enfermedad crónica cuyos síntomas pueden afectar potencialmente la calidad de vida de una persona. El síntoma más relevante e insidioso es el dolor, que aparece de ma-

nera crónica, esto es, que no responde a las medidas convencionales y permanece por tiempo prolongado (Dirección Seccional de Salud del Departamento de Antioquia, 2000).

El dolor es uno de los síntomas más comunes en los pacientes con cáncer, seguido por el insomnio y el estreñimiento. El dolor asume otra característica importante en estos pacientes: implica el miedo a sentirlo, lo que suele llevar a aquéllos a evitar actividades potencialmente productoras de dolor (Graff, 2001), lo que, con el paso del tiempo, y en virtud de mecanismos operantes, conduce a la limitación y reducción de actividades físicas que se ve frecuentemente en los pacientes con dolor crónico, constituyéndose un cuadro complejo, definido además por la presencia de un conjunto de problemas específicos, tales como exceso de reposo, trastornos del sueño, alteraciones del estado de ánimo, reducción en el nivel de actividad funcional, deterioro de las habilidades sociales y predominio de repertorios comunicativos relacionados con el dolor (Bónica, 1982; Melzack y Wall, 1965; Sternbach, 1989), lo que afecta todas las dimensiones de la calidad de vida del paciente.

De igual forma, la intensidad percibida de dolor suele correlacionar de manera positiva con estados depresivos y con menores niveles de actividad. Keefe (1999) y Graff (2001) encontraron que los pacientes con dolor crónico deprimidos informan mayores niveles de intensidad de dolor, más interferencia debida a éste y mayor cantidad de conductas de dolor que los pacientes con dolor crónico no deprimidos.

El dolor crónico suele afectar el estado emocional de los pacientes, lo que ha sido objeto de numerosas investigaciones, siendo comúnmente aceptada la existencia de una interacción entre ambos fenómenos, o sea, que el estado emocional influye en la percepción de dolor y que, a su vez, el dolor influye en el estado emocional consecuente; es, pues, bidireccional, aunque la experiencia de dolor es la que genera, en principio, los cambios emocionales y no a la inversa (Koopman, Hermanson, Diamond, Angell y Spiegel, 1998).

Otra característica muy común en los pacientes con cáncer y que puede tener serios efectos es la sensación de cansancio, fatiga o agotamiento, la cual no mejora después del sueño nocturno (McCaul, Sandgren, King y cols., 1999). El

dolor y los medicamentos utilizados para tratarlo pueden influir en esta sensación de agotamiento (McCaul y cols, 1999), lo mismo que los tratamientos a que deben someterse estos pacientes. Cardenal y Oñoro (1999) sostienen que alrededor de 80 por ciento de las personas sometidas a quimioterapia experimentan cansancio, y que casi 90 por ciento de estos pacientes manifiestan que ese cansancio disminuye su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas, incluso más que el mismo dolor. La quimioterapia puede también provocar efectos secundarios desagradables, como náuseas y vómitos, que son síntomas muy acusados en el día del tratamiento, pero que pueden prolongarse por tres días o más.

Todo lo anterior va en detrimento de la calidad de vida del paciente, asumiendo que el concepto de "calidad de vida" es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003). Este concepto aparece hacia los años cincuenta y tiene una gran expansión a lo largo de los años ochenta; su origen proviene principalmente de la medicina y se amplía rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando a otros términos difíciles de operativizar, como "felicidad" y "bienestar"; si bien el término es reciente como forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad (Buena-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

El concepto de calidad de vida ha tenido un desarrollo histórico interesante: inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, luego se convirtió en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Schwartzmann, 2003).

El concepto incluye términos afines, como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad como el cáncer, en la que el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, y afecta asimismo al autoconcepto y al sentido de la vida y provoca estados depresivos (Gil-Roales, 2004).

En la actualidad, en los pacientes oncológicos, al igual que en otros enfermos crónicos, el concepto de calidad de vida se analiza desde una perspectiva multidimensional, que pretende evidenciar el nivel de bienestar físico, psicológico y social relacionado con la enfermedad y el tratamiento (Saleeba, 1996), lo que implica tener en cuenta la idiosincrasia de cada individuo, su cultura, percepción (eminentemente subjetiva) de la enfermedad, evolución y pronóstico. La multidimensionalidad del concepto de calidad de vida hace referencia a las áreas básicas que deben evaluarse; comprende el estado funcional (habilidades para laborar, tiempo libre, capacidad de desplazamiento, realización de actividades domésticas diarias), síntomas producidos por la enfermedad y aspectos adversos del tratamiento (dolor y malestar, náuseas, vómito, adormecimiento y hormigueos de extremidades superiores e inferiores, malestar corporal general e insomnio, entre otros) y percepción de bienestar psicológico y emocional (cantidad y calidad de actividades, desempeño sexual, ansiedad, depresión, estrés, delirium, agresión, baja autoestima, sentimientos negativos o positivos, memoria, concentración y aprendizaje y demás) (Kavan, Engdhal y Kay, 1995).

Todo lo anterior permite evidenciar que el concepto de calidad de vida debe tener en cuenta el contexto social del individuo y la relación que éste mantiene con su ambiente. En este sentido, es importante observar no sólo la cantidad de actividades sociales que puede realizar el paciente, sino, lo que es más importante, la calidad de las relaciones que establece con su entorno.

La variable ambiental está determinada a su vez por los recursos financieros, ambiente familiar, oportunidades para adquirir habilidades e información nueva, oportunidades para participar en actividades recreativas y de tiempo libre y calidad de las condiciones del ambiente físico (contaminación, clima...). Es evidente que el concepto de calidad de vida, aunque depende de todo lo enunciado anteriormente, es una apreciación del individuo, lo que obliga a incluir el elemento subjetivo en su valoración (Lolas, 1991), que implica su percepción de bienestar, satisfacción en las distintas dimensiones de vida y con el tratamiento, recursos que estime poseer, y estrategias de afrontamiento que instrumente para hacer frente

a las dificultades (Grau, 1998; Grau y Gonzáles, 1997).

La calidad de vida, entendida así, implica el desarrollo de instrumentos que permitan su evaluación de manera amplia e integral. Para los pacientes crónicos se han diseñado instrumentos genéricos o específicos para determinados padecimientos, y para los pacientes oncológicos instrumentos que incluyen módulos específicos para los distintos tipos de cáncer.

Dichos instrumentos suelen tener escalas que evalúan los diferentes ámbitos que componen el concepto multidimensional de calidad de vida antes referido (Grau, 1998).

Otra variable relacionada con el concepto de calidad de vida es la forma en que las personas afrontan determinadas circunstancias o sucesos importantes en la vida, como el padecer una enfermedad crónica como el cáncer. Dicha forma de afrontar el suceso estará determinada a su vez por la interpretación que hace el individuo de aquél, por el concepto de calidad de vida que posea y por el apoyo social que perciba, esto es, su valoración de las redes sociales que podrían favorecer la adaptación a dicho acontecimiento vital (Moreno y Ximénez, 1996). El afrontamiento de dicha situación entraña que el individuo haga juicios reales sobre la enfermedad y utilice operaciones cognitivas que le permitan incrementar su gama de posibilidades, lo que incidirá en la actitud hacia sí mismo, ante la vida y ante los demás (Bech, 1993). En este contexto, Kobasa (1979) desarrolló el concepto de "personalidad resistente" (*hardiness*), la cual se caracteriza por un fuerte sentimiento de control sobre la vida y de compromiso con ciertas metas y objetivos (Peñacoba y Moreno, 1998), cualidades que interactúan constantemente e inciden en la actitud, estado de ánimo, comportamiento y toma de decisiones relacionada con las estrategias de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento puestas en práctica cobran gran importancia en los pacientes crónicos en cuanto que podrían contribuir a la adaptación del paciente a la enfermedad o afectarla negativamente. Lazarus y Folkman (1984) plantearon ocho estrategias de afrontamiento básicas: 1) evitación-escape, 2) distanciamiento, 3) reevaluación positiva, 4) aceptación de la responsabilidad, 5) autocontrol, 6) planificación, 7) confrontación y 8) bús-

queda de apoyo social, esto es, acudir a otras personas (amigos, familiares, sacerdotes, etcétera) para buscar consejo, asesoramiento, información, asistencia, comprensión, simpatía y apoyo moral.

Según Kobasa (1979), las personas con personalidad resistente perciben los estímulos estresantes como oportunidades de crecimiento y como un medio de aprendizaje ante situaciones futuras; como resultado, se enfrentan a dichos estímulos de forma optimista y activa; por el contrario, el afrontamiento regresivo suele ser utilizado por individuos con baja personalidad resistente, quienes evitan dichos estímulos estresantes. Como puede observarse, hay una estrecha relación entre personalidad resistente y estrategias de afrontamiento, entendidas éstas como los esfuerzos cognitivos y conductuales que llevan a cabo las personas para enfrentar las situaciones estresantes (internas y externas) y el estado emocional asociado a ellas (Neville, 1998). De igual forma, la personalidad resistente, junto con la autoestima, ha mostrado una relación significativa con la calidad de vida percibida (Peñacoba y Moreno, 1998).

La personalidad resistente actúa como un efecto mediador entre el estímulo estresante y la enfermedad; según Kobasa (1979), tal cualidad ayuda a mitigar las reacciones del individuo ante determinados estímulos y sus trastornos asociados; en consecuencia, los individuos con personalidad resistente tienden a tener percepciones más positivas y controlables ante situaciones estresantes y a reducir los efectos del estímulo estresante empleando estrategias de afrontamiento transformacional o adaptativo. Kobasa, Maddi y Courington (1981) y Kobasa, Maddi y Kahn (1993) señalan que los estilos de afrontamiento más utilizados son las estrategias de buscar ayuda profesional y espiritual. La alta frecuencia de utilización de estrategias adaptativas de este tipo viene a apoyar la idea defendida por Kyngas, Kroll y Duffy (2000) y Kyngas, Mikkonen, Nousiainen y cols. (2001) de que los pacientes de cáncer suelen emplear con mayor frecuencia estrategias de tipo adaptativo.

Kobasa (1979) hace una descripción de cada una de las características que definen la personalidad resistente: compromiso, control y reto. El *compromiso* se considera una variable moderadora de los efectos del estrés, y se le define como la cualidad de creer en la importancia y valor de

lo que uno mismo es y de lo que hace (cfr. Peñacoba y Moreno, 1998). Las personas con compromiso participan en todas las actividades que les presenta la vida (trabajo, relaciones interpersonales e instituciones sociales), tienen un reconocimiento y apreciación personal de las metas y las habilidades para tomar decisiones y mantener sus valores, poseen un conjunto de propósitos personales que les posibilita mitigar la amenaza percibida de cualquier estímulo estresante en un área específica de la vida, se interesan por los demás y perciben que son tenidos en cuenta. Antonovsky (1990) encontró que este sentido de comunidad ante los demás era fundamental para el afrontamiento exitoso de las situaciones estresantes. El *control*, por su parte, se especifica como la cualidad para pensar y actuar con la convicción de que se influye personalmente en el curso de los acontecimientos. Estas personas suelen hacer frente a los acontecimientos, buscan explicaciones tanto de sus acciones como la de los demás, perciben consecuencias predecibles en muchos de los acontecimientos estresantes debidas a su propia actividad y en consecuencia manejan los estímulos en su propio beneficio, asumen con autonomía e intencionalidad los estímulos estresantes, sienten que son capaces de actuar de forma efectiva por cuenta propia e interpretan los acontecimientos estresantes y los incorporan dentro de un plan de metas personales. Finalmente, el *reto* es definido como la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida; estas personas perciben el cambio como una fuente de nuevas experiencias, como una oportunidad y un incentivo para el crecimiento personal; por ende, centran sus esfuerzos en cómo hacer frente a los cambios (el autocontrol emocional no es necesario aquí porque no se percibe el cambio como una amenaza), tienen flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad, logran percibir e integrar efectivamente la amenaza, por lo que los esfuerzos pueden volcarse en el afrontamiento efectivo y en la búsqueda de recursos.

Con respecto a los aspectos fisiológicos de la personalidad resistente, los estudios han encontrado resultados contradictorios. Kobasa y Gentry (1984), por ejemplo, mencionan que la percepción positiva ante los estímulos genera bajos niveles de activación fisiológica en cuanto los individuos

anticipan o se enfrentan a posibles estresores; pero estudios posteriores han revelado que los individuos con personalidad resistente exhiben altos niveles en el ritmo cardiaco, presión sanguínea y conductancia de la piel (Weibe y Williams, 1992), lo que puede explicarse por medio de la dimensión de control, ya que los individuos que tienden a mostrar más control interno se enfrentan a los estímulos de forma activa, y este esfuerzo activo de transformación puede generar un incremento en la tasa cardiaca y la presión arterial (Kobasa, 1982).

Entre las escalas para evaluar la personalidad resistente se dispone del Inventario de Puntos de Vista Personales (Personal Views Survey [PVS]), el cual mide por separado las tres dimensiones del constructo.

El apoyo social, por su parte, ha sido también una variable ampliamente estudiada en los pacientes oncológicos, quienes desde el diagnóstico o sospecha de la aparición del cáncer suelen desencadenar una serie de respuestas emocionales de amenaza a la vida, esperanza-desesperanza y sentimientos de vulnerabilidad (Barrón y Chacón, 1992). El inicio de la enfermedad desencadena problemas físicos y comportamentales que influyen en la adaptación de los pacientes y en su funcionamiento físico, social, psicológico y calidad de vida. En estas circunstancias, se acrecienta la necesidad de apoyo social, que se constituye en uno de los recursos personales más importantes para paliar el efecto de la enfermedad (Gil-Roales, 2004).

El apoyo social percibido, entendido como la valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros (Gomez, Pérez y Vila, 2001), ha demostrado ser más importante y tener más impacto sobre la salud y bienestar que el apoyo social que en efecto se recibe (conductas de apoyo, préstamos de dinero, ser escuchado...) (Barrón y Chacón, 1992; Sandin, 2003). El apoyo percibido influye de manera favorable en la adaptación emocional de los pacientes oncológicos (Barez, Blasco y Fernández-Castro, 2003), que guarda relación con niveles menores de depresión y ansiedad, y que, a su vez, puede incidir favorablemente en su experiencia de dolor, como ya se ha comentado.

El apoyo social percibido, conceptualizado en términos cognitivos como la percepción de que se es amado y estimado por los demás, supone una percepción que promueve la salud, alivia el

impacto de las enfermedades crónicas, afecta benéficamente a la salud integral del paciente (Gómez y cols., 2001), facilita su integración social, fomenta el bienestar psicológico, disminuye la susceptibilidad a la enfermedad promoviendo conductas saludables y favorece el grado de adaptación a un estímulo estresante como el cáncer (Sandín, 2003).

Las redes sociales tienen un efecto directo sobre la salud mediante la interacción con los demás, proporcionando un sentido de identidad social, de pertenencia y participación, fomentando conductas saludables, incrementando la autoestima y optimizando las creencias de competencia y control personal sobre el ambiente (Barez y cols., 2003).

Barra (2004) considera que el apoyo social actúa bajo el mecanismo de redefinición del daño potencial del estresor disminuyendo las reacciones del sistema neuroendocrino o facilitando los procesos de afrontamiento, es decir, la puesta en marcha de estrategias de resolución de problemas. No obstante, la complejidad de las variables implicadas en el constructo de apoyo social y las dificultades para su evaluación han llevado a plantear que quizá las relaciones entre el apoyo social y la salud establecidas hasta el momento sean demasiado restrictivas. Incluso hay autores que consideran que el apoyo social actúa con relación a la presencia de acontecimientos estresantes; en ausencia de ellos, el apoyo social no tendría efectos sobre la salud (Sandín, 2003).

Por ende, el objetivo de este estudio descriptivo mediante encuestas de tipo transversal (Montero y León, 2005) fue estudiar las relaciones entre la calidad de vida, la personalidad resistente y el apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra disponible de 29 pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón en fase no terminal del Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas de Medellín, Colombia. Del total de la muestra, 16 eran mujeres (55.2%)

y 13 hombres (44.8%), con edades comprendidas entre los 36 y 86 años y pertenecientes a distintos estratos socioeconómicos. Algo más de la mitad de ellos (58.6%) alcanzaron un nivel máximo de estudios de escuela secundaria. Previamente se obtuvo el consentimiento informado por parte de los pacientes para participar en la investigación.

Procedimiento

Para seleccionar la muestra, se acudió a la base de datos de la institución y se citó telefónicamente a aquellos pacientes que vivieran en el área metropolitana de Medellín y que no se encontraran en fase terminal. La aplicación de los instrumentos se hizo de manera individual debido a que los pacientes requerían asistencia para responder. Dada la escasa comprensión de ciertos ítems y la necesidad de algunos pacientes de ser escuchados, el tiempo de aplicación fue aproximadamente de dos horas.

Instrumentos

Para la realización de este estudio, se utilizó el módulo general del Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-30) (1991) y el módulo específico para cáncer de pulmón EORTC QLQ-C 13 de la misma organización.

El módulo general del Cuestionario de Calidad de Vida (EORTC QLQ-30) consta de treinta ítems, los cuales evalúan cinco escalas funcionales (social, emocional, física, cognitiva y de rol), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómito) y una escala global de calidad de vida. Esta escala incluye además un ítem orientado al área financiera, así como otros ítems individuales relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento (insomnio, pérdida de apetito, diarrea, disnea y estreñimiento).

Debido a que cada tipo de neoplasia y su tratamiento afectan de manera específica distintas áreas de la calidad de vida, el cuestionario general se complementa con módulos específicos. En este caso se utilizó el módulo para cáncer de pulmón EORTC QLQ-LC 13, que consta de trece ítems que estiman los efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia (pérdida de cabello, neuropatía

tía, dolor en la boca y disfagia) y síntomas de cáncer de pulmón (hemoptisis, tos, disnea y dolor). Las versiones originales fueron de Aaronson, Ahmedzai Bergam y cols. (1993) y Aaronson, Cull, Kaasa y Sprangers (1994), con versión española de Arraras, Illarraramendi y Valerdi (1995).

El Inventario de Puntos de Vista Personales (PVS), del Hardiness Institute, proporciona medidas para cada una de las dimensiones del constructo. Este inventario fue diseñado originalmente por Kobasa (1982) y adaptado al español por Bernardo Moreno, del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid (cfr. Peñacoba y Moreno, 1998). El inventario comprende cincuenta ítems tipo Likert que evalúan las tres dimensiones: compromiso (16 ítems), reto (17 ítems) y control (17 ítems).

Finalmente, la escala de Apoyo Social Percibido (EASP) (cfr. Terol, López-Roig, Martín-Aragón y cols. [2000]) comprende tres ítems que miden las dimensiones de proveedores, calidad o adecuación y acciones de apoyo. Para ello, se pre-

senta un listado de nueve proveedores representativos de la red familiar social y profesional; respecto de cada uno de los proveedores, se le pide al sujeto que informe cuáles tiene disponibles, el grado de satisfacción con el apoyo percibido de cada proveedor y las diferentes acciones de apoyo recibidas por el proveedor real.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se ofrecen las características sociodemográficas de los participantes en el estudio. Como se puede observar, algo más de la mitad de los participantes fueron mujeres, la mayoría de los individuos pertenecían a un estrato socioeconómico medio y bajo, con edades comprendidas entre los 36 y los 86 años; cerca de la mitad eran casados y estaban principalmente amparados por las EPS. Se observa que la gran mayoría de los participantes vivían acompañados, y muy pocos se hallaban desempleados.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes en el estudio.

		Frec. (%)			Frec. (%)			Frec. (%)
Género	Mujer	16 (55.2%)	Estrato	1	1 (3.4)	Seguridad Social	Sisben	6 (20.7%)
	Hombre	13 (44.8%)		2	6 (20.7)		EPS	20 (69%)
Edad	36 a 60	17 (58.6%)		3	14 (48.3)		Prepagada	3 (10.3%)
	61 a 86	12 (41.4%)		4	5 (17.2)	Cónyuge e hijos	13 (44.8)	
Estado civil	Soltero	4 (13.8)		5	3 (10.3)	Vive con:	Padres	2 (6.9%)
	Casado	14 (48.3)	Ocupación	Desempleado	2 (6.9%)		Hermanos	2 (6.9%)
	Separado	3 (10.3)		Empleado	10 (34.5%)		Hijos y familia	9 (31%)
	Viudo	8 (27.6)		Hogar	10 (34.5)		Solo	3 (10.3%)
Jubilado				7 (24.1%)				

En la Tabla 2 se muestran las medidas de tendencia central de los puntajes obtenidos en cada uno de los instrumentos aplicados. Se observa que entre las diferentes variables hay algunas medidas de tendencia muy similares; se evidencia además que la muestra es algo dispersa ya que hay variaciones importantes en cada una de las variables.

Con respecto a las escalas funcionales del QLQ-30, en el nivel descriptivo y atendiendo a las medias obtenidas, se evidencia que la calidad de vida de estos pacientes se caracterizó por niveles altos en las escalas física, rol, cognitiva, social, emocional y global. Teniendo en cuenta la distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos,

Tabla 2. Medidas de tendencia central de los puntajes obtenidos en cada una de las escalas del EORTC QLQ-30, EORTC QLQ-LC 13 y PVS.

INSTRUMENTOS	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Varianza
EORTC QLQ-30					
Escalas funcionales					
Física	88.27	86.70	93.30	9.7001	94.0921
Emocional	71.84	83.30	100.00	27.8588	776.1132
Rol	86.2	100.00	100.00	35.2383	1241.7368
Cognitiva	86.20	83.30	100.00	18.3939	338.3339
Social	85.63	100.00	100.00	24.2921	590.1042
Global	68.11	66.70	66.70	21.4835	461.5428
Escalas de síntomas					
Fatiga	31.04	22.20	11.10	30.3503	921.1409
Náuseas y vómitos	14.37	00.00	0.00	26.9925	728.5964
Dolor	24.15	16.70	0.00	30.3997	924.1440
Dificultades financieras	33.32	33.30	0.00	36.7337	1349.3655
Síntomas de la enfermedad y su tratamiento					
Disnea	13.79	00.00	0.00	27.4783	755.0577
Problemas de sueño	25.28	00.00	0.00	38.4782	1480.5722
Pérdida del apetito	25.29	00.00	0.00	41.4575	1718.7248
Estreñimiento	6.87	00.00	0.00	22.5028	506.3739
EORTC QLQ-LC 13					
Efectos secundarios a la terapia	1.42	1.30	1.00	0.4302	0.40
Hemoptisis	1.00		1.00	0.0000	0.00
Tos	1.97	2.00	2.00	0.8653	0.75
Disnea	1.68	1.70	1.00	0.6420	0.56
Dolor	1.89	2.00	2.00	0.5634	0.45
Efectos extras (scp)	1.67	1.50	1.00	0.6979	0.53
Síntomas extras (scp)	1.52	1.00	1.00	0.9111	0.83
PVS					
Compromiso	33.31	35.00	34.00	7.3002	53.2931
Control	34.21	34.00	31.00	7.4804	55.9557
Reto	19.17	18.00	14.00	7.0512	49.7192

una cuarta parte se encuentra en el nivel más alto en la escala emocional, y la mayoría supera puntuaciones de 50.00; la escala de rol destaca el mayor valor dentro de las puntuaciones, que se sitúan en una valoración de 100.00, lo que indica una calidad de vida muy buena según dicha escala. En la escala cognitiva, la muestra se ubica por encima de valoraciones de 60.00, lo que indica alta calidad de vida en esta dimensión, lo que se ve corroborado por la casi totalidad de la muestra. En el nivel social, la muestra se centra en la puntuación más alta, evidenciando que la calidad de vida es muy buena según los ítems que conforman esta escala. La mayoría de la muestra obtuvo altas valoraciones en la escala global (69.0%), que significa una calidad de vida favorable.

Con respecto a la escala de síntomas y tratamiento, en la variable fatiga 69% de la muestra expresó que su calidad de vida es buena; obtiene puntajes bajos en las variables de náuseas-vómitos y disnea, problemas de sueño y pérdida de apetito, estreñimiento y diarrea, lo que favorece el estado de bienestar. En lo tocante a dificultades financieras, 76% de la muestra se hallaba en un nivel bajo, lo que indica que la calidad de vida en los individuos con relación a esta variable también es buena. En la Tabla 3 se observan los resultados obtenidos en la escala EORTC QLQ-30 con respecto a la calidad de vida asociada al área de salud en general.

Tabla 3. Descripción de calidad de vida asociada a síntomas y efectos del cáncer de pulmón de acuerdo con el EORTC QLQ-L13 (Módulo Específico de Cáncer de Pulmón).

SÍNTOMAS Y EFECTOS	OPCIONES DE RESPUESTA			
	En absoluto frec. (%)	Un poco frec. (%)	Bastante frec. (%)	Mucho frec. (%)
Efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia	17 (58.6)	10 (34.5)	2 (6.9)	-
Síntomas de hemoptisis	29 (100.0)	-	-	-
Síntomas de tos	9 (31.0)	14 (48.3)	4 (13.8)	2 (6.9)
síntomas de disnea	13 (44.8)	11 (37.9)	5 (17.2)	-
Síntomas de dolor	8 (27.6)	16 (55.2)	5 (17.2)	-
Variables extras de efectos secundarios del tratamiento	10 (34.5)	16 (55.2)	2 (6.9)	1 (3.4)
Variables extras de síntomas	20 (69.0)	5 (17.2)	2 (6.9)	2 (6.9)

Tal como se puede apreciar en la Tabla 3, 93.1% de los pacientes había tenido algún efecto o pocos con relación al cáncer de pulmón, ninguno tuvo síntomas de hemoptitis, sólo 20% padecía tenido bastante o mucha tos y 83% sufría pocos o ningún síntoma de disnea con relación a la enfermedad. Con respecto al dolor, se evidencia que la muestra reportó dolor en 72.4%; esta es la variable que más ocurrió en la población estudiada.

En las variables extras de efectos secundarios del tratamiento, 89.7% reportó haber tenido poco o ningún efecto. Con relación a las variables extras de síntomas, 86.2% de la muestra en general informó haber tenido algún síntoma extra o ninguno con relación al cáncer de pulmón.

En cuanto a la evaluación de personalidad resistente, se halló que en la dimensión de compromiso las puntuaciones fueron bajas, aunque se evidencia una tendencia hacia los valores mayores, es decir, desde la valoración de 34.00 a 44.00, donde se ubica más de la mitad de la muestra (62.1%).

En la dimensión de control, la muestra está muy dispersa, y aunque los puntajes son bajos, al igual que en la dimensión anterior, hubo una tendencia hacia las puntuaciones mayores; o sea, en la valoración de 32.00 a 47.00 se ubicó más de la mitad

de la muestra (55.2%). Algo similar ocurre con relación a la dimensión de reto; en términos generales, se observa que la muestra estuvo muy dispersa en las tres dimensiones evaluadas, las puntuaciones fueron relativamente bajas y se evidencia que tendió a posicionarse en valores más altos de la escala de medición frente a cada una de las categorías, con mayor fuerza el reto frente a las otras dos dimensiones.

De estos resultados se infiere que la muestra presentó rasgos de personalidad resistente en un nivel medio en las dimensiones de compromiso y control, y un nivel medio-alto en la dimensión de reto. Como dato adicional, se realizó una comparación entre las medias de un grupo de personas sanas (enfermeras) y las obtenidas por la muestra en el PVS. La Tabla 4 muestra las medias y la desviación típica de estos resultados.

Finalmente, en lo relativo a los resultados obtenidos en la EASP, se halló que las personas entrevistadas informaron que para enfrentar esta situación habían recibido algún tipo de ayuda, principalmente de distintos miembros de su familia (esposos, hijos, hermanos, etc.) (71%), compañeros (62%) y personal de salud (médicos y enfermeras) (58.5%), los cuales constituyen fuentes de apoyo social percibido por parte de los participantes.

Tabla 4. Medias y desviación estándar de los resultados obtenidos en el PVS por el grupo de participantes y un grupo de enfermeras.

Dimensión	Sin cáncer de pulmón		Con cáncer de pulmón	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Compromiso	2.8280	0.43381	2.1681	0.66268
Control	2.9517	0.41104	2.0122	0.67395
Reto	3.0512	0.44119	1.1832	0.83679

El siguiente ítem pretende conocer en qué medida le ha satisfecho al paciente el apoyo recibido, evidenciándose que aunque la familia es la que más les había apoyado, la calidad de dicho apoyo fue valorada como bastante baja, principalmente la de esposos y padres; en cambio, se percibió un mayor apoyo por parte de los médicos y enfermeras.

Finalmente, el EASP evalúa la forma en que han ayudado a los pacientes las distintas fuentes de apoyo social, notándose que los familiares más cercanos (esposos, hijos y hermanos) les habían ayudado económicamente, mientras que la ayuda de los médicos, enfermeras y amigos fue de tipo emocional (los escuchaban, acompañaban y distraían). Los médicos y enfermeras contribuyeron principalmente proporcionando información. En la categoría de otros apoyos, aunque no fueron muy relevantes, resaltaron los grupos de oración o ayuda espiritual.

Los datos fueron sometidos a un análisis de fiabilidad mediante la aplicación del coeficiente alfa. Se obtuvo un coeficiente de $-.0167$ en el QLQ-30 y de $.4815$ en el QLQ-LC13. Se puede ob-

servar que la fiabilidad del estudio está en un rango de criterio crítico para estas variables. Con respecto al PVS, el alfa obtenido fue de $.5374$, lo que denota que la fiabilidad para este cuestionario está en un rango de criterio aceptable.

Posteriormente se aplicó la correlación de Pearson a todas las variables, encontrándose que la escala física estaba correlacionada con la escala emocional (0.555) y con la escala global (0.540); la escala emocional, por su parte, correlacionó con la escala de rol y con la escala global (0.613), y la escala de rol se vio claramente relacionada con la escala global (0.617). Al someter al análisis de correlación a las escalas del QLQ-30 con los síntomas, se encontró que la escala física correlacionó inversamente con síntomas de disnea y con diarrea; la escala emocional estuvo inversamente correlacionada con la variable dolor; la de rol, de forma inversa con la variable fatiga, náuseas y vómitos y dolor; la cognitiva con diarrea, la social con fatiga y diarrea; la escala global correlacionó de forma inversa con la variable fatiga, dolor y pérdida del apetito. En la Tabla 5 se pueden observar dichas correlaciones.

Tabla 5. Análisis correlacional de las escalas del QLQ-30 con los síntomas.

SÍNTOMAS	ESCALAS					
	Física	Emocional	Rol	Cognitiva	Social	Global
Fatiga	-	-	-.505	-	-.630	-.735
Náuseas y vómitos	-	-	-.551	-	-	-
Dolor	-	-.568	-.752	-	-	-.617
Disnea	-.558	-	-	-	-	-
Problemas de sueño	-	-	-	-	-	-
Pérdida de apetito	-	-	-	-	-	-.555
Estreñimiento	-	-	-	-	-	-
Diarrea	-.538	-	-	-.584	-.558	-
Dificultades financieras	-	-	-	-	-	-

Se obtuvieron también relaciones entre los síntomas entre sí: la variable fatiga correlacionó con variables como náuseas y vómitos (0.712), dolor (0.600) y pérdida del apetito (0.689). Por otra parte, la variable náuseas o vómitos se relacionó con la variable dolor (0.662), problemas de sueño (0.650) y pérdida del apetito (0.621); la variable dolor, con la variable estreñimiento (0.531).

Por último, los datos se sometieron a un análisis de regresión lineal para observar la influen-

cia de las diferentes variables dentro del estudio frente al comportamiento general de los pacientes. De acuerdo con los resultados del análisis, las variables sociodemográficas (estrato socioeconómico, ocupación, edad, sexo, seguridad social) no ejercieron una influencia significativa en ninguna de las dimensiones de calidad de vida evaluadas con el cuestionario QLQ-30. Por el contrario, los resultados del cuestionario QLQ-LC13 y PVS fueron influidos por variables determinantes, como fati-

ga, dolor y cada una de las escalas, pues se obtuvo un valor *t* menor a 0.05.

DISCUSIÓN

En un nivel descriptivo, el estudio reveló que los pacientes con cáncer de pulmón muestran altas valoraciones en la escala funcional, de síntomas, tratamiento y global, denotando una tendencia hacia valores que superan el 50 por ciento, lo cual indica que, en términos generales, la muestra estudiada percibe una favorable calidad de vida. Específicamente, se evidencia que la calidad de vida así percibida se caracterizó por niveles altos en las escalas física, cognitiva, de rol, social, emocional y global. Aunque se obtuvo un nivel alto en cada una de estas escalas funcionales, la emocional fue la más baja, probablemente por la mayor presencia del síntoma de dolor que caracteriza a este tipo de padecimientos, y que ha demostrado su relación con el aspecto emocional. La muestra estudiada reportó dolor en cerca de sus tres cuartas partes, siendo el síntoma que más aparece en estos pacientes.

El nivel de calidad de vida percibido por los pacientes del estudio está acorde con los bajos puntajes obtenidos en los síntomas evaluados, lo que favorece notablemente su estado de bienestar. De igual forma, son personas que informaron no tener dificultades financieras ni padecer en gran medida los efectos secundarios del tratamiento; una gran proporción de la muestra reportó haber tenido poco o ningún efecto, lo que redundaría en dicha percepción de calidad de vida. Al respecto, Svobosnik, Yang, Novotny y cols. (2004) plantearon que la calidad de vida de los pacientes con cáncer de pulmón, luego del diagnóstico, se correlaciona con los factores pronósticos de base, como estadio de la enfermedad, histología, pérdida de peso y sexo.

En lo tocante a la evaluación de la personalidad resistente, se hallaron puntuaciones medias en las tres dimensiones, siendo ligeramente mayor la que corresponde a la dimensión de reto; no obstante, las puntuaciones son muy dispersas.

De estos resultados se infiere que la muestra exhibe rasgos de personalidad resistente en un nivel medio en la dimensión de compromiso y control, y en un nivel medio-alto en la dimensión

de reto. De acuerdo con los referentes conceptuales, podría inferirse que estas personas, con un patrón de personalidad resistente débilmente definido, utilizarían estrategias de afrontamiento poco adaptativas; no obstante, según los resultados obtenidos en este estudio, buscan apoyo social, acuden a otras personas para buscar consejo, asesoramiento, información, asistencia y comprensión, lo que constituiría una estrategia de afrontamiento adaptativa (Kobasa y cols., 1981); son personas que buscan activamente información por parte del personal de salud, independientemente de la personalidad resistente. La utilización de estrategias de afrontamiento del tipo de búsqueda de ayuda profesional viene a apoyar la idea defendida por Kyngas y cols. (2000) y Kyngas y cols. (2001) de que los pacientes con cáncer suelen utilizar con mayor frecuencia estrategias adaptativas.

Acorde con lo anterior, los participantes manifestaron que, aunque el apoyo social recibido lo hallaban con mayor frecuencia en la familia, la calidad de dicho apoyo se percibía como pobre. Por el contrario, los pacientes señalaron estar más satisfechos con el apoyo social percibido en el ámbito emocional por parte del personal de salud en cuanto que informa, y con los amigos en razón de que escuchan, acompañan y distraen. Estos resultados confirman la importancia del apoyo social percibido sobre el estrés (Sandín, 2003) y destacan el importante papel que ejerce este último sobre la adaptación emocional del paciente (Barra, 2003), lo que ha sido ampliamente documentado. La satisfacción con el apoyo social percibido por parte del personal de salud y amigos podría también explicar el nivel de calidad de vida encontrado en esta investigación, confirmando que dicho concepto no hace referencia únicamente a la cantidad de actividades sociales que puede realizar una persona, sino a la calidad de las relaciones que establece con su entorno para generar bienestar y satisfacción en las distintas dimensiones de vida.

Cabe aclarar que la satisfacción con el apoyo social percibido se obtiene del personal de salud y de los amigos principalmente, pues el que se recibe de parte de la familia, tal como se dijo anteriormente, no es satisfactorio para el paciente. Ello podría explicar en parte el puntaje más bajo (aunque sigue siendo alto) en la escala emocional y la percepción de dolor como el síntoma

más significativo encontrado en el estudio. Las relaciones entre dolor y estado emocional han sido objeto de numerosas investigaciones, siendo comúnmente aceptada una interacción entre ambos fenómenos (Graff, 2001).

El coeficiente alfa demostró que la fiabilidad del estudio está en un rango de criterio crítico, tanto para el QLQ-30, como para el QLQ-LC13, probablemente por el reducido tamaño de la muestra. En el PVS el coeficiente alcanzó un rango de criterio aceptable. Se sugiere realizar más estudios utilizando estos instrumentos, pero con muestras más grandes.

Todo lo anterior se corrobora mediante las correlaciones halladas, todas ellas positivas entre las escalas funcionales, y de éstas con la global, y negativas e inversas entre las escalas funcionales con los síntomas. En general, las escalas funcionales correlacionan entre sí, con excepción de las escalas cognitiva y social. La alta correlación entre escalas, y el que unas dimensiones afecten a otras e incidan en el concepto global e integral de calidad de vida, reafirma lo que plantea Schwartzmann (2003); en cuanto que este concepto abarca las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del individuo, debe asumirse por tanto desde una perspectiva multidimensional.

Las correlaciones entre las escalas y síntomas —como se dijo antes— son inversas o negativas, en donde la variable dolor correlaciona con la variable fatiga (que también correlacionó con náuseas-vómitos y pérdida del apetito), con la variable náuseas y vómitos (que también correlacionó con problemas de sueño y pérdida del apetito) y con la variable estreñimiento. La escala social, que no correlacionó con otra escala funcional, sí lo hizo con fatiga (que correlacionó con dolor) y con diarrea. Como puede observarse, hay una cadena de síntomas en la que existe una influencia directa e indirecta entre la variable dolor y los demás síntomas dentro de un continuo que denotaría que dicha variable es la que más impacta y afecta la percepción de bienestar en estos pacientes.

El dolor, como síntoma más relevante, ha sido ampliamente documentado, lo mismo que sus repercusiones (Wall y Melzack, 1984). El dolor incluye también el temor a sentirlo, lo que suele llevar a los pacientes a evitar todas aquellas actividades que potencialmente pueden producirlo (Funk,

Tornquist y Champagne, 1989). En este estudio, el dolor podría afectar indirectamente la dimensión social a través de su relación con la fatiga, otro de los síntomas relevantes en los pacientes (Miaskowski y Portenoy, 1998; Morrow, Andrews y Hickok, 2003), lo que fomentaría con el paso del tiempo, y en virtud de mecanismos operantes, una limitación y reducción de las actividades físicas, frecuentemente observadas en los pacientes con dolor crónico, constituyendo así un cuadro complejo caracterizado por el exceso de reposo, trastornos del sueño, alteraciones del estado de ánimo, reducción en el nivel de actividad funcional, deterioro de habilidades sociales y predominio de repertorios comunicativos relacionados con el dolor (Bónica, 1982; Melzack y Wall, 1965; Sternbach, 1989), lo que afectaría todas las dimensiones de la calidad de vida del paciente.

Otro efecto del dolor que podría formar parte de esta cadena de síntomas y afectar posteriormente la calidad de vida del paciente en el nivel emocional son los estados depresivos, los que, junto con menores niveles de actividad, pueden incidir en la intensidad de dolor crónico percibido (Aaronson y cols., 1993; Schipper, Clinch, McMurray y Levitt, 1984; Sirgo, Díaz-Ovejero, García-Gómez y cols., 2000). Este hallazgo evidencia la necesidad de estudiar con muestras más grandes el papel de la personalidad resistente en la modulación del dolor y la sensación de fatiga, y cómo es que todo ello influye en cada una de las dimensiones de la calidad de vida del paciente crónico.

Este estudio demuestra la relevancia de los síntomas de fatiga y dolor y su impacto sobre la calidad de vida percibida por los pacientes, lo que se confirma con el análisis de regresión lineal, a través del cual se halló que los resultados del cuestionario QLQ-LC13 y del PVS se ven influidos de manera determinante por esos dos síntomas, con un valor *t* menor a 0.05. En un nivel correlacional, los resultados del cuestionario PVS no mostraron relación con las puntuaciones obtenidas en las escalas del QLQ-30 ni en las del QLQ-LC13, contrariamente a los resultados obtenidos por Evans, Thompson, Browne, Barr y Barton (1993), quienes encontraron que la personalidad resistente contribuía de manera significativa en la calidad de vida, pese a que la calidad de vida reportada fue favorable.

REFERENCIAS

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergam, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., Filiberto, A., Flechtner, H., Fleishman, S.B., De Haes, J.C.J.M., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P.B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. y Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality of Life Instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- Aaronson, N.K., Cull, A., Kaasa, S. y Sprangers, M. (1994). The EORTC modular approach to Quality of Life assessment in Oncology. *International Journal of Mental Health*, 23, 75-96.
- Antonovsky, A. (1990). Personality and health: testing the sense of coherence model. En H.S. Friedman (Ed.): *Personality and disease*. New York: John Wiley and Sons.
- Arrarás, J.I., Illarramendi, J.J. y Valerdi, J.J. (1995). El cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología de la Salud*, 7, 13-30.
- Barez, M., Blasco, T. y Fernández C., J. (2003). La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 19, 235-246.
- Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21, 55-60.
- Barra, E. (2004). Apoyo social estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Barron, A. y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7, 53-59.
- Bech, P. (1993). Quality of life measurement in chronic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 1-10.
- Bónica, J.J. (1982). Management of myofacial pain syndrome in general practice. *Journal of American Medical Association*, 189, 730-736.
- Buela-Casal, G., Caballo, V.E. y Sierra, J.C. (Eds.) (1996). *Manual de evaluación de la psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Cardenal, V. y Oñoro, Y. (1999). Perspectivas actuales en la investigación de las relaciones entre variables psicosociales y la enfermedad del cáncer. *Psicología.Com*, 3(2). Disponible en línea: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art_9.htm [1 de agosto].
- Carver, C.S., Meyer, B. y Antoni, M.H. (2000). Responsiveness to threats and incentives, expectancy of recurrence, and distress and disengagement: Moderator effects in early-stage breast cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 965-975.
- Dirección Seccional de Salud (2000). Mortalidad por tumores. *Revista Epidemiológica de Antioquia*, 25(1), 103-105.
- Evans, D.R., Thompson, A.B., Browne, G.B., Barr, R.M. y Barton, W.B. (1993). Factors associated with the psychological well-being of adults with acute leukaemia in remission. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 153-160.
- Funk, S.G., Tornquist, E.M. y Champagne, M.T. (1989). *Key aspects of comfort: Management of pain, fatigue and nausea*. New York: Springer Publishing.
- Gilbar, O. (1991). The quality of life of cancer patients who refuse chemotherapy. *Social Science & Medicine*, 32, 1337-1340.
- Gil-Roales, J. (Ed.) (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Gómez, L., Pérez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38.
- Graff, A. (2001). El dolor en psiquiatría: causa frecuente de atención. *Salud Mental*, 24, 1-3.
- Grau, J. (1998). La calidad de vida en el enfermo de cáncer avanzado. En M. Gómez- Sancho (Ed.): *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. La Habana: ICEPSS.
- Grau, J. y González, U. (1997). *Ética, calidad de vida y psicología de la salud*. Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional de Psicología, Santiago de Chile, Chile.
- Kavan, M., Engdahl, B. y Kay, S. (1995). Colon cancer: Personality factors of onset and stage of presentation. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 1031-1039.
- Keefe, F.J. y Bonks, V. (1999). Psychosocial assessment of pain in patients having rheumatic diseases. *Rheumatic Disease Clinic of North America*, 25, 81.
- Kobasa, S.C. (1979). Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology*, 7, 413-423.
- Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders y J. Suls (Eds.): *The social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kobasa, S.C. y Gentry, W.D. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. En W.D. Gentry (Ed.): *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford Press.

- Kobasa, S., Maddi, S. y Courington, S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health & Social Behavior*, 22, 368-378.
- Kobasa, S., Maddi, S. y Kahn, S. (1993). Hardiness and health. A prospective study: clarification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1.
- Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K. y Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain, and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psychooncology*, 7, 101-111.
- Kyngas, H.A., Kroll, T. y Duffy, M.E. (2000). Compliance in adolescents with chronic diseases: a review. *Journal of Adolescent Health*, 26, 379-388.
- Kyngas, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E.M., Ryttilahti, M., Seppanen, P., Vaattovaara, R. y Jamsa, T. (2001). Coping with the onset of cancer: Coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care (England)*, 10, 6-11.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lolas, F. (1991). Biomedicina y calidad de vida: análisis teórico. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 37, 25-30.
- López, A., Ramírez, C., Esteve, R. y Anarte, M. (2002). El constructo de personalidad tipo C: Una contribución a su definición a partir de datos empíricos. *Psicología Conductual*, 10, 229-234.
- McCaul, K., Sandgren, A.K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A. y Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psychooncology*, 8, 230-236.
- Melzack, R. y Wall, P. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 197-210.
- Miaskowski, C. y Portenoy, R.K. (1998). Update on the assessment and management of cancer-related fatigue. *Principles and Practice of Supportive Oncology Updates*, 1, 1-10.
- Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de la vida. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.): *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Morrow, G.R., Andrews, P.L. y Hickok, J.T. (2003). Fatigue associated with cancer and its treatment. *Support Care Cancer*, 10(5), 389-398.
- Neville, K. (1998). The relationships among uncertainty, social support, and psychological distress in adolescents recently diagnosed with cancer. *Journal of Pediatrics and Oncologic Nurse*, 15, 37-46.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Perera, F. (1996). Indicadores internos del riesgo de cáncer. *Investigación y Ciencia*, 238, 24-29.
- Saleeba, W. (1996). Subclinical psychological distress in long-term survivors of breast cancer: A preliminary communication. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14, 83-93.
- Sandín, F. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A. y Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients. The Functional Living Index-Cancer: Development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2, 472-483.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9, 9-21.
- Sirgo, A., Díaz-Ovejero, M.B., García-Gómez, R., Guevara-Méndez, S., López-Criado, P., López-López, C., Alija-López, V. y Pérez-Manga, G. (2000). Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón. *Psicología.Com* [Online], 3(2). Disponible en línea: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art_5.htm [1 de febrero].
- Sternbach, R.A. (1989). Clinical aspects of pain. *Pain*, 18, 254-261.
- Svobodnik, A., Yang, P., Novotny, P.J., Bass, E., Garces, Y., Jett, J.R., Bonner, J.A. y Sloan, J.A. (2004). Quality of life in 650 lung cancer survivors 6 months to 4 years after diagnosis. *Mayo Clinic Proceedings*, 79, 1024-1030.
- Temoshock, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Survey*, 6, 545-565.
- Terol, M.C., López-Roig, S., Martín-Aragón, M., Pastor, A., Leyda, J.I., Neipp, M.C. y Rodríguez-Marín, J. (2000). Evaluación de las dimensiones de apoyo social en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 10(2), 63-79.
- Wall, P.D. y Melzack, R. (1984). *Textbook of pain*. London: Churchill Livingstone.
- Weibe, D.J. y Williams, P.G. (1992). Hardiness and health: A social psychophysiological perspective on stress and adaptation. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 11, 238-262.

