



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**

---

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE  
LA EDUCACIÓN  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**TESIS DOCTORAL**

**APLICACIÓN DEL MODELO  
BIOPSICOSOCIAL PARA LA COMPRENSIÓN  
DE LA CALIDAD DE VIDA Y EL PRONÓSTICO  
EN EL CÁNCER HEMATOLÓGICO**

**PRESENTADA POR:  
ÁNGELES PULGAR BUENDÍA**

**DIRIGIDA POR:  
DR. D. GUSTAVO A. REYES DEL PASO**

**JAÉN, 20 DE ABRIL DE 2010**

**ISBN 978-84-8439-585-0**

**Nombre y apellidos del autor:**

ÁNGELES PULGAR BUENDÍA

**Título de la Tesis Doctoral:**

APLICACIÓN DEL MODELO BIOPICOSOCIAL PARA LA COMPRENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y EL PRONÓSTICO EN EL CÁNCER HEMATOLÓGICO

**I.S.B.N.:**

978-84-8439-585-0

**Fecha de Lectura:**

20 DE ABRIL DE 2010

**Centro y Departamento en que fue realizada la lectura:**

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
*Departamento de Psicología*

**Composición del Tribunal/Dirección de la Tesis:**

Dirección de la Tesis Dr. D. Gustavo A. Reyes del Paso

Presidente del Tribunal Dr. D. José Antonio Muela Martínez

Vocales Dra. Dña. Nieves Vera Guerrero

Dr. D. Miguel Ruiz Veguilla

Dr. D. Juan Antonio Cruzado Rodríguez

Secretario Dr. D. Juan F. Godoy García

**Calificación Obtenida:**

SOBRESALIENTE CUM LAUDE



UNIVERSIDAD DE JAÉN

tesis doctoral

## Resumen

La tesis se compone de 5 estudios que abarcan como objetivo general el estudio de las relaciones e influencia de algunas variables psicosociales en la calidad de vida y el curso y pronóstico de las enfermedades hematooncológicas. Para ello, se ha utilizado población afectada por linfoma de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, mieloma múltiple y leucemia linfoblástica aguda además de pacientes sometidos a trasplante de médula ósea como tratamiento principal de su patología.

El estudio también incluye la validación de dos cuestionarios utilizados en el estudio central de la tesis. Se trata de un instrumento de evaluación del apoyo social (AS-25) y un inventario de estrés y estrategias de afrontamiento del cáncer (ISEAC).

En el estudio central participaron 69 pacientes (30 mujeres y 39 hombres), con una media de edad de 58 años y diagnóstico de cáncer hematológico (Linfoma de Hodgkin, Linfoma no Hodgkin, Leucemia Mieloblástica, Mieloma Múltiple). La fase media de la enfermedad correspondió al estadio 3.

Los cuestionarios y medidas psicológicas utilizadas fueron las siguientes: Entrevista e historia clínica, Rationality/Emotional Defensiveness (R/ED) Scale, Inventario de Estrés y Estrategias de Afrontamiento del Cáncer (ISEAC), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Escala de Apoyo Social (AS-25), Escala de Funcionamiento o Calidad de vida (SF-36) y Life Orientation Test (LOT). Para determinar el curso y pronóstico de la enfermedad hematooncológica objeto de estudio se recogieron los siguientes datos: estadio de la enfermedad, marcador  $\beta$ 2-microglobulina, número de leucocitos y sus subpoblaciones y nivel de cortisol.

Los resultados reflejan importantes asociaciones entre los diferentes componentes de la calidad de vida, el curso y pronóstico de la enfermedad y variables como la ansiedad, la depresión, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento. En relación a la calidad de vida, son las emociones negativas las que principalmente se asocian con una disminución de las diferentes áreas. Respecto a la progresión de la enfermedad, variables como la ansiedad correlacionan significativamente con las subpoblaciones leucocitarias, especialmente el número de linfocitos siendo la mayor ansiedad favorecedora de un funcionamiento inmunológico más pobre. Además, el marcador tumoral aparece vinculado al estrés derivado del apoyo social. Por último, respecto al pronóstico, la estrategia de catarsis se asoció de forma significativa con un pronóstico más favorable de la enfermedad.

En conjunto, los resultados reflejan que las emociones negativas son determinantes para esta población, así pues, estados anímicos como la ansiedad o la depresión se asocian a una disminución de la calidad de vida y de la actividad inmunológica. En este sentido, la relación entre ansiedad y funcionamiento inmunitario no es reciente, ya que diferentes estudios han mostrado cómo la exposición a situaciones potencialmente estresantes puede modificar la proliferación y actividad de las células inmunitarias. Por otro lado, este estudio también destaca la importancia de la calidad del apoyo social en el progreso de la enfermedad, siendo el déficit de esta variable facilitadora del avance de la misma. Por último, estrategias como la catarsis suelen asociarse a un pronóstico más favorable.

Por último, las implicaciones prácticas extraídas enfatizan que uno de los objetivos de la intervención en pacientes oncológicos debería ser el manejo de las emociones negativas frente a la enfermedad y de aquellos factores implicados en las mismas. De esta manera, una vez conocidas las necesidades psicosociales y las relaciones que se establecen entre las distintas variables en relación a la vivencia de la enfermedad, se podría personalizar más la atención dirigida a esta población de enfermos a fin de mejorar su calidad de vida.

## Abstract

The thesis consists of 5 studies that include as general aim the analysis of the relations and influence of some psychosocial variables in the quality of life and the course and forecast of hematooncological diseases. Participants in the studies were patients with Hodgkin's lymphoma, not Hodgkin's lymphoma, multiple myeloma and lymphoblastic leukaemia. The last study was performed with patients submitted to bone marrow transplant. The thesis also includes the validation of two questionnaires being used in the main study, an instrument for the evaluation of social support (AS-25) and one inventory for the assessment of stress and coping strategies related to cancer (ISEAC).

Sixty-nine patients (30 women and 39 men), with an average age of 58 years, participated in the main study. The average phase of the disease corresponded to the stage 3. The following psychological questionnaires were used: Interview and clinical history, Rationality/Emotional Defensiveness (R/ED) Scale, Inventory of Stress and Strategies of Coping to Cancer (ISEAC), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Scale of Social Support (AS-25), Functioning and Quality of life (SF-36) and Life Orientation Test (LOT). To determine the course and forecast of the disease the following information was gathered: stage of the disease,  $\beta$ 2-microglobulin level, number of leukocytes and his subpopulations and level of cortisol.

The results reflect important associations between the different components of the quality of life, the course and forecast of the disease and psychosocial variables as anxiety, depression, social support and coping strategies. Negative emotions were the variable most associated with the decrease of the different areas of quality of life. With regard to the progression of the disease, variables like anxiety correlate significantly with leukocytes' subpopulations, specially the number of lymphocytes: as greater anxiety the poorest immunological functioning. In addition, stress derived from social situations was associated to tumour scoreboard. Finally, the coping strategy of catharsis was associated to a more favourable forecast of the disease.

As a whole, the results reflect that the negative emotions are determinant for this population, in such a way that emotional conditions like anxiety or

depression are associated to a decrease in quality of life and in immunological functioning. In this respect, the relation between anxiety and immunological activity is not recent, since different studies have showed inhibition of immunological functioning to potentially stressful situations. On the other hand, this study also emphasizes the importance of the quality of the social support in the progress of the disease, as a deficit in social support was associated to poorer prognosis. Finally, coping strategies like catharsis are associated to a more favourable forecast.

Finally, as practical implications are concerned, our studies emphasize that one of the aims in the intervention with oncological patients should be the managing of the negative emotions evoked in situations regarding the disease and factors related to these situations. Once we know the psychosocial needs of these patients and the relations that are established between the different psychosocial variables, we might personalize in a better way the attention directed to this population in order to improve his quality of life and course of the disease.



UNIVERSIDAD DE JAÉN

APLICACIÓN DEL MODELO  
BIOPSIICOSOCIAL PARA  
LA COMPRENSIÓN DE LA  
CALIDAD DE VIDA Y EL  
PRONÓSTICO EN EL CÁNCER  
HEMATOLÓGICO

**ÁNGELES PULGAR BUENDÍA**

tesis doctoral

## Agradecimientos

A mis padres, porque quisieron darme lo que ellos no pudieron tener, porque lucharon de forma incansable por mi formación y porque aún hoy siguen enorgulleciéndose de cada pequeño éxito

A mi marido Sergio, porque me enamoró su manera de tratar a los afectados por esta enfermedad, porque supo sacar sonrisas donde sólo había lágrimas y porque a día de hoy vive con pasión cada despertar conmigo

A mi director y bueno amigo Gustavo, por sus sabios consejos, su motivación y su forma de felicitar cada pequeño avance. No caben palabras para explicar el orgullo que supone para mí haber sido dirigida por él.

Al Dr. Alcalá y a su equipo de Hematología, por tratarme como a la “pequeña hematopsicóloga” más experta del ámbito nacional. Gracias por confiar en mi trabajo y por luchar por cada uno de mis pacientes.

A mi hijo Pablo,  
por acariciar mi vientre en la redacción de cada párrafo

## Prólogo

A lo largo de la historia, siempre ha destacado alguna enfermedad por poseer popularmente connotaciones mágicas, demoníacas o sagradas. Podemos recordar la epilepsia, considerada como sacra en la época de Hipócrates, la lepra y su curación, siendo ésta uno de los más famosos milagros de Cristo o la sífilis en la Edad Media. En la actualidad, es el cáncer la enfermedad que goza del calificativo tabú. De manera que, es común evitar nombrar dicha enfermedad o pronunciar su nombre casi a escondidas. Así que los profesionales encargados suelen utilizar tecnicismos para denominarlos y, como mucho, términos tales como tumor, neoplasia, degeneración tumoral, etc. Qué difícil es decir la palabra cáncer. De hecho, si nos asomamos a los medios de comunicación, lo más común que suele escucharse cuando fallece algún personaje popular de cáncer es que falleció tras una larga y dura enfermedad. Y si nos acercamos a la familia y a los amigos, es habitual percibir un incómodo distanciamiento en el que ambas partes evitan por todos los medios hablar realmente de lo que está ocurriendo en las frías habitaciones de hospital.

Valoro mi trabajo y cada una de las entrevistas que realicé. Aprendí de ellos su manera de valorar el ciclo vital y su forma de evaluar la felicidad. Y es que a menudo, los enfermos que conocí reflejaban sus ansias por vivir y por hacer todo lo que en ocasiones hemos dejado aparcado. Me quedo con estos sabios consejos, la vida es un tren de corta distancia que va a velocidad extrema.

Cuando decidí estudiar la enfermedad del cáncer y sus entramadas relaciones con los aspectos más psicológicos de la persona, hace ya más de seis años, desconocía el largo camino que debía atravesar. Redacté como una joven principiante todo lo que quería conseguir, expresé mi interés por estos pacientes y destacué que el estudio de la calidad de vida era uno de los objetivos primordiales a los que me comprometía. El Jefe de Servicio de Hematología del Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén, D. Antonio Alcalá, algo sorprendido por esta nueva faceta de la Psicología, valoró mi interés en la calidad de vida de esta población, sin duda sería la suma a un trabajo de largos años en el que la calidad de vida solía verse mermada después de los tratamientos y los métodos diagnósticos. Así que al día siguiente, una bata blanca impecable abrochada sobre un tembloroso cuerpo se iniciaba en uno de los campos más difíciles de la Psicología. Esperaba a cada paciente después de sus analíticas y después de sus tratamientos. Escuchaba sentada, acariciaba manos, secaba lágrimas y reía con ellos cuando ámbos podíamos. Después las enfermeras encargadas de cada caso, me reflejaban los resultados analíticos para mi redacción posterior, algunos de estos momentos eran desoladores.

En otras ocasiones, era difícil encontrar la historia clínica del paciente, entonces descubríamos que la historia médica de aquellos pacientes fallecidos era trasladada a otra dependencia hospitalaria del ámbito provincial. No había barreras. Redactaba solicitudes para poder acceder a estos datos y me entrevistaba con los encargados del archivo hospitalario para que se me encomendara esta tarea. Y a solas, con el

silencio de los pasillos, anotaba cada resultado, repasaba cada fecha, y recordaba tristemente las palabras y las confianzas que con anterioridad habíamos compartido.

Después, el Jefe de Servicio, hoy día compañero y bueno amigo, D. Antonio Alcalá, una vez instaurada su confianza, me propuso que no sólo evaluara pacientes que acuden a tratamiento, sino que accediera a las dependencias hospitalarias destinadas a trasplantes de médula ósea, dirigidos especialmente a pacientes con leucemias. Así que, como yo solía decir, me disfrazaba de extraterrestre por unos momentos: batín verde, calzas, mascarilla, gorro y guantes perfectamente desinfectados y esterilizados, que me permitían entrar con seguridad en cada habitación. Cuando accedía a las habitaciones observaba que algunos de los pacientes estaban muy afectados físicamente, con los efectos secundarios de un tratamiento muy agresivo dirigido a sanear la médula para su posterior extracción. En varias ocasiones, decidí abandonar la entrevista para dejar descansar al enfermo. Lo más sorprendente de estos casos es que el paciente pedía con voz temblorosa, debido a la debilidad y las llagas en la boca que les provocaba la quimioterapia, que no me fuera, que hablara con ellos. Me he quedado con ellos sin quitar ojo a cada uno de sus gestos cuando no podían hablarme.

Y de ellos anotaba ilusiones tan grandes que les hacían olvidar sus malestares físicos: una nieta por conocer, unas deliciosas gambas de Cádiz, ver el sol, pasear, abrazar a unos padres, comer tarta, fumar un cigarrillo, bailar...cuántas cosas diarias pude escuchar que hacían levantarse a muchos de estos pacientes.

Ha sido duro. Pero ha merecido la pena.

Como conclusión personal y general del trabajo realizado, considero que lo más importante para la consecución de una aceptable calidad de vida en el enfermo de cáncer no es la eliminación indiscriminada de todos aquellos síntomas que padece, o de aquellos que el profesional considere, sino el alivio de aquellos síntomas concretos, orgánicos o psicosociales, que el paciente señale como motivo de sufrimiento, trabajando para ello conjuntamente desde una perspectiva multidimensional en el que se compaginen los profesionales necesarios para atender sus necesidades. Contar con la sola afirmación de que cualquier necesidad será atendida, supondrá la mitad del camino recorrido.

## Contenido

**CONTENIDO**

|   |    |
|---|----|
| Capítulo I: Algunos principios generales sobre el cáncer.....                           | 6  |
| 1. Definición y descripción del Cáncer.....   | 7  |
| 1.1 El sistema inmunitario frente a la enfermedad.....                                  | 9  |
| 1.2 Los marcadores tumorales.....   | 11 |
| 2. Etiología del Cáncer.....  | 14 |
| 1.1 Factores inmunitarios.....  | 14 |
| 1.2 Factores infecciosos.....   | 14 |
| 1.3 Factores físicos.....   | 15 |
| 1.4 Factores químicos.....  | 16 |
| 1.5 Factores hormonales.....  | 17 |
| 1.6 Factores familiares y étnicos.....  | 17 |
| 3. El tratamiento del Cáncer.....   | 17 |
| 3.1 Cirugía.....  | 17 |
| 3.2 Radioterapia.....   | 18 |
| 3.3 El tratamiento médico oncológico.....   | 19 |
| 4. El Cáncer hematológico.....  | 22 |
| 4.1 El Linfoma de Hodgkin.....  | 22 |
| 4.2 El Linfoma no Hodgkin.....  | 24 |
| 4.3 El Mieloma Múltiple.....  | 26 |
| 4.4 La Leucemia Crónica.....  | 27 |
| <br>  |    |
| Capítulo II: Factores psicosociales y Psicooncología.....                               | 28 |
| 1. Psicooncología: factores psicosociales en el cáncer.....                             | 29 |
| 1.1 Variables Psicosociales en el Cáncer.....   | 31 |
| 2. Calidad de vida en la investigación oncológica.....                                  | 51 |
| 2.1 Inter-relaciones entre el sistema nervioso y el sistema endocrino-inmunológico..... | 54 |
| <br>  |    |
| Capítulo III: Objetivos y Estructura General.....                                       | 60 |

|   |     |
|---|-----|
| Capítulo IV: Validación de un Inventario de Estrés Percibido y Estrategias de Afrontamiento para enfermos de cáncer (ISEAC) ..... | 63  |
| 1. Introducción .....   | 64  |
| 2. Método .....   | 70  |
| 2.1 Participantes .....   | 70  |
| 2.2 Instrumentos de evaluación .....  | 70  |
| 2.3 Procedimiento .....   | 74  |
| 3. Resultados .....   | 74  |
| 3.1 Estadísticos descriptivos .....   | 74  |
| 3.2 Relación entre las puntuaciones en estrés del ISEAC y ansiedad, depresión y calidad de vida .....                             | 79  |
| 4. Relación entre las estrategias de afrontamiento del ISEAC y ansiedad, depresión y calidad de vida .....                        | 81  |
| 5. Discusión .....  | 82  |
| 6. Referencias bibliográficas .....   | 88  |
| <br>Capítulo V: Validación de la Escala de Apoyo Social AS-25 en una muestra de estudiantes universitarios .....                  | 97  |
| 1. Introducción .....   | 98  |
| 2. Método .....   | 103 |
| 2.1 Participantes .....   | 103 |
| 2.2 Instrumentos .....  | 103 |
| 2.3 Procedimiento .....   | 104 |
| 3. Resultados .....   | 105 |
| 4. Discusión .....  | 110 |
| 5. Referencias Bibliográficas .....   | 113 |
| <br>Capítulo VI: Predicción del pronóstico en el cáncer hematológico a partir del apoyo social.....                               | 120 |
| 1. Introducción .....   | 121 |
| 2. Método .....   | 123 |
| 2.1 Participantes .....   | 123 |
| 2.2 Instrumentos de evaluación .....  | 123 |

|  |     |
|--|-----|
| 2.3 Evaluación del cortisol .....  | 125 |
| 2.4 Procedimiento .....  | 125 |
| 2.5 Análisis estadísticos .....  | 126 |
| 3. Resultados .....  | 127 |
| 3.1 Niveles de cortisol salival .....  | 127 |
| 3.2 Relación entre el apoyo social, el nivel de cortisol y las variables psicosociales. .... | 127 |
| 3.3 Relación entre las variables psicosociales, el nivel de cortisol y el pronóstico. ....   | 127 |
| 3.4 Predicción del pronóstico .....  | 128 |
| 4. Discusión .....   | 129 |
| 5. Referencias bibliográficas .....  | 134 |

#### Capítulo VII: Relación entre variables psicosociales, calidad de vida y pronóstico

|   |     |
|---|-----|
| en el cáncer hematológico.....  | 141 |
| 1. Objetivo General .....   | 142 |
| 1.1 Objetivos Específicos .....   | 142 |
| 2. Método .....   | 143 |
| 2.1 Participantes .....   | 143 |
| 2.2 Instrumentos de evaluación .....  | 144 |
| 2.3 Variables fisiológicas indicativas del curso de la enfermedad.....                  | 148 |
| 2.4 Procedimiento .....   | 148 |
| 2.5 Análisis estadísticos .....   | 149 |
| 3. Resultados .....   | 150 |
| 3.1 Determinación de los niveles de las variables psicosociales .....                   | 150 |
| 3.2 Relación entre variables psicosociales y Calidad de Vida .....                      | 157 |
| 3.3 Predicción de la calidad de vida.....   | 175 |
| 3.4 Relación entre las variables psicosociales y el estado de ánimo .....               | 183 |
| 3.5. Predicción del estado anímico .....  | 186 |
| 3.6 Relación entre variables psicosociales y biológicas asociadas a la enfermedad. .... | 190 |
| 3.7. Predicción de las variables biológicas asociadas a la enfermedad .....             | 199 |
| 3.8 Predicción del pronóstico .....   | 203 |
| 4. Discusión .....  | 206 |
| 4.1 Niveles de las variables psicosociales .....  | 206 |

|   |     |
|---|-----|
| 4.2 Relación entre variables psicosociales y calidad de vida .....  | 211 |
| 4.3 Relación entre las variables psicosociales y el estado emocional .....  | 215 |
| 4.4 Relación entre variables psicosociales y biológicas de la enfermedad .....  | 219 |
| 5. Referencias bibliográficas.....  | 223 |
|   |     |
| Capítulo VIII: Predicción del curso del trasplante de médula ósea a partir<br>de variables psicosociales.....                     | 247 |
| 1. Introducción .....   | 248 |
| 2. Objetivos del estudio .....  | 250 |
| 3. Método.....  | 250 |
| 3.1 Participantes .....   | 250 |
| 3.2 Instrumentos de evaluación .....  | 251 |
| 3.3 Variables biológicas indicativas del curso del trasplante.....  | 252 |
| 3.4 Procedimiento .....   | 253 |
| 3.5 Análisis estadísticos .....   | 254 |
| 4. Resultados.....  | 254 |
| 5. Discusión .....  | 258 |
| 6. Referencias bibliográficas.....  | 261 |
|   |     |
| Capítulo IX: Discusión general. Limitaciones e implicaciones terapéuticas .....   | 266 |
| 1. Discusión general .....  | 267 |
| 1.1 Elaboración y validación de instrumentos.....   | 267 |
| 1.2 Apoyo social y pronóstico de la enfermedad oncológica. ....   | 269 |
| 1.3 Variables psicosociales en la predicción de la calidad de vida, estado emocional<br>y pronóstico del cáncer hematológico..... | 271 |
| 1.4 Relación entre variables psicosociales y parámetros asociados al pronóstico<br>del trasplante de médula ósea.....             | 273 |
| 2. Limitaciones e implicaciones terapéuticas.....   | 274 |
|   |     |
| Anexo .....   | 278 |

## **Capítulo I:**

### **Algunos principios generales sobre el cáncer**

## 1. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CANCER

Se han dado numerosas definiciones del término “cáncer”, desde la pionera en 1931 de James Ewing, que establecía que “un tumor es un nuevo crecimiento autónomo de tejido”, hasta una de las más recientes que define el cáncer como “un grupo de enfermedades, algunas distintas entre sí y otras similares, que tienen en común el que se inician por la transformación de una célula o grupo de células que evolucionan, aunque no todas, de forma polifásica para formar un tumor que crece de forma indefinida, invade tejidos u órganos vecinos y es capaz de dar metástasis hasta su diseminación y la muerte del paciente si no ha habido ningún tratamiento efectivo” (Die Goyanes y Die Trill, 2003).

La Organización Mundial de la Salud informaba en el año 2003 que una de cada cinco personas muere de cáncer en los países desarrollados (Stewart y Kleihues, 2003). En concreto, en esta misma fecha, el cáncer fue considerado la segunda causa de muerte en España, lo que supuso el 25,6% de todas las defunciones. Según este dato, y en comparación con el resto de países de la Unión Europea, España se sitúa en un puesto intermedio en cuanto a la incidencia de tumores malignos, aunque el cáncer de laringe y de vejiga en hombres ocupa, desde hace pocos años, una de las tasas más altas de Europa. Por otro lado, la incidencia y mortalidad por cáncer en las mujeres españolas es una de las más bajas del continente (López-Abente, Pollán, Aragonés y Pérez-Gómez, 2003).

En términos generales, el cáncer es la enfermedad ocasionada por células del organismo que pierden sus mecanismos normales de control y presentan un crecimiento desordenado (Viladú, 1976). Estas células pueden desarrollarse a partir de cualquier tejido y órgano. A medida que las células cancerosas crecen y se multiplican, forman una masa de tejido que puede invadir órganos adyacentes (metástasis) y propagarse así por el cuerpo. El tumor maligno primitivo se produce inicialmente por la modificación en las propiedades de una o varias células, esta fase es conocida como de “inducción carcinogénica”. Las células se replican y crecen, constituyendo la masa tumoral, lo que es conocido como “promoción del cáncer” (Beremblum, 1970). Las características principales de las células cancerígenas son las siguientes:

1. Crecen y se multiplican cuando no deberían hacerlo.

2. Invaden áreas que rodean al tumor inicial o primario.
3. Pueden desplazarse a otras zonas distantes del tumor inicial a través del sistema sanguíneo o linfático.
4. Pueden desarrollar tumores secundarios o metástasis en estas zonas alejadas del tumor inicial.

Desde el punto de vista clínico, la historia natural de los tumores se divide artificialmente en dos etapas: precáncer y cáncer (Denoix, 1968). El punto de separación es un momento en el curso en el que la presencia del tumor puede hacerse visible, bien por sus manifestaciones locales o regionales (aparición de una masa palpable), bien por sus manifestaciones sistemáticas (metástasis a distancia, síndrome tóxico progresivo, etc.). El momento del diagnóstico dependerá del tipo de crecimiento del tumor, de la velocidad de desarrollo, de su localización y de la sensibilidad del sujeto, así como del médico para interpretar las primeras manifestaciones y actuar en consecuencia.

Por otro lado, es necesario destacar que el cáncer no es una única patología, en contra de la idea ampliamente extendida en la población, ya que por este nombre se agrupan una gran variedad de diferentes procesos clínicos que tienen un comportamiento absolutamente diferente unos de otros y que poseen como característica común el que sean procesos debidos a un crecimiento incontrolado de las células de los tejidos y órganos en los que se originan. Aunque hay más de 200 tipos de cáncer, la diversidad de cánceres puede agruparse en cuatro tipos:

- i. *Carcinomas*: neoplasmas malignos de la piel y de órganos, como los pertenecientes al aparato respiratorio o digestivo.
- ii. *Linfomas*: cánceres del sistema linfático.
- iii. *Sarcomas*: neoplasmas malignos del tejido muscular, óseo o conectivo.
- iv. *Leucemias*: cánceres de los órganos que forman la sangre, tal como la médula ósea, lo que provoca una alta proliferación de glóbulos blancos.

## 1.1. El Sistema Inmunitario frente a la enfermedad

Tradicionalmente, el sistema inmunológico se ha considerado el responsable en la defensa del organismo frente a la amenaza de todo aquel agente nocivo que pueden dar lugar a una patología (Ader, Felten y Cohen, 2000). Además, esta creencia iba acompañada de la afirmación de que el sistema inmune era un sistema independiente, dedicado a organizar el funcionamiento de las defensas de manera autónoma. Sin embargo, esta concepción de la inmunidad ha cambiado, estableciéndose una red neuro-endocrino-inmunológica, con una visión más compleja, realista e integradora del organismo, en la que la barrera entre la salud y la enfermedad se basa no sólo en la competencia de la inmunidad sino también en el equilibrio de las relaciones establecidas con los otros sistemas del organismo (González-Bono, 2006).

Los antígenos a los que se enfrentan diariamente los seres humanos pueden ser virus, bacterias, hongos y parásitos, aunque también existen células propias convertidas en tumorales que pueden ser amenazantes para el ser humano. El sistema inmune cuenta con tres componentes diferentes para hacer frente a estas amenazas: órganos y células (González, 2006).

Los órganos se denominan linfoides e intervienen en la formación, diferenciación y especialización de las células del sistema inmune. Por ejemplo, la médula ósea y/o el timo. Otros órganos como el bazo, los ganglios linfáticos, las amígdalas o las placas de Peyer están formados por células inmunitarias que ya están diferenciadas y organizadas para defender al organismo.

Las células inmunes están formadas a partir de células pluripotenciales de la médula ósea desde donde llegan al torrente de sangre dando lugar a leucocitos o glóbulos blancos y otros tipos de células plasmáticas. Existen diferentes clasificaciones de leucocitos, pudiendo clasificarse en granulocitos, monocitos/macrófagos, eosinófilos, basófilos y linfocitos.

El 45-80% de los leucocitos son granulocitos. De todos ellos, los neutrófilos son los más numerosos y se acumulan en las zonas inflamadas para "fagocitar" antígenos. La fagocitosis no es más que el proceso por el cual las células atacan al antígeno mediante invaginaciones de membrana dando paso a un fagosoma al que posteriormente se une un lisosoma de enzimas

que digieren y destruyen al invasor. Una vez muerto el antígeno, el neutrófilo muere dando paso al pus de la zona afectada.

Con la inflamación llegan los monocitos, que pueden sobrevivir meses o años. Estas células, procedentes en su mayoría de la médula ósea, tienen la capacidad de infiltrarse desde la sangre a los tejidos y al contactar con el antígeno cambian su configuración, pasando a denominarse macrófagos. Además de los macrófagos, también intervienen los linfocitos. Éstos pueden ser linfocitos B, T y Natural Killers o células asesinas.

Los linfocitos B proceden de la médula ósea, se mueven desde órganos como el bazo y los nódulos linfáticos hasta la sangre y desde la sangre a los órganos y tejidos con la labor de vigilar a posibles invasores. Una de las características principales de estos linfocitos es que utilizan un procedimiento químico para destruir antígenos, liberando anticuerpos o inmunoglobulinas (Ig) como la IgG, la IgM, la IgD, la IgA y la IgE. Por ello, son denominados como inmunidad humoral, por humores o sustancias.

Los linfocitos T actúan como los linfocitos B, proceden de la médula ósea, y maduran en el timo para reconocer los antígenos que amenazan al organismo. Existen diferentes subpoblaciones de linfocitos T: citotóxicos, colaboradores o helper y supresores. Los citotóxicos destruyen antígenos externos y células propias con mutaciones parecidas a los tumores. Los colaboradores propician la respuesta de fagocitosis. Y, por último, los supresores finalizan la respuesta inmune una vez controlada la invasión.

Por último, las células Natural Killers destruyen células que han sufrido mutaciones y se han convertido en cancerígenas o células infectadas por virus, liberando sustancias químicas que destruyen células afectadas y que pueden suponer una amenaza para el organismo.

Todas estas células actúan de forma coordinada para defender al organismo. De manera que cuando un antígeno atraviesa la barrera natural de la piel y las mucosas (primera línea de defensa), se pone en marcha un proceso de inflamación (segunda línea de defensa) en el que intervienen neutrófilos, macrófagos y células natural Killers. Estas células actúan contra los antígenos, independientemente de su naturaleza, por lo que esta fase de respuesta se denomina

“inmunidad innata o inespecífica”. Cuando proliferan los linfocitos T y B (tercera línea de defensa), expresamente dirigidos a la defensa de un antígeno concreto, entonces se denomina “inmunidad adquirida o específica”.

## 1.2. Los marcadores tumorales

Los marcadores tumorales son sustancias producidas por las células cancerígenas y que pueden encontrarse en la sangre o en la orina de los pacientes que padecen cáncer. Su detección y cuantificación pueden aportar información útil respecto al diagnóstico, el estadio y el pronóstico de la enfermedad (Martínez, Marcos, Domínguez, Villafranca y Dueñas, 2000). En general, hay una relación entre los valores del marcador y la extensión de la enfermedad, lo que facilita el *estadiaje* de la enfermedad y la estimación del pronóstico (Bates, 1989; Bates y Longo, 1987). La importancia de los marcadores es tal que su elevación puede dirigir la conducta terapéutica aun en ausencia de otros indicadores clínicos o radiológicos (Bosi, Geller y Bajorin, 1991). Aunque un marcador tumoral únicamente debería detectarse en pacientes con cáncer, también puede hallarse en pacientes que no padecen ningún proceso neoplásico. Esto se debe a las características especiales de su metabolismo, además del método utilizado para su determinación. En general, los marcadores tumorales son metabolizados a nivel hepático y eliminados por vía biliar o renal, por lo que las alteraciones hepáticas o biliares y la insuficiencia renal son enfermedades que pueden afectar a las concentraciones de los marcadores en suero. Por ello, es necesario descartar cualquier patología no cancerígena que sea una posible causa de su concentración elevada.

Las consideraciones generales de estos marcadores son las siguientes (Navarro, Guindeo y Domínguez, 2004):

1. Ningún marcador es específico de malignidad.
2. Los marcadores tumorales en suero no están elevados en estadios precoces de la enfermedad. Los altos niveles se encuentran en la enfermedad avanzada.
3. No hay ningún marcador asociado a un órgano específico. Aunque el antígeno prostático específico (PSA) parece ser característico de la próstata.

4. Aparte de la hormona gonadotrofina coriónica (HCG) en el coriocarcinoma, ningún marcador está elevado en el 100% de los pacientes con cáncer.
5. Los rangos de referencia para los marcadores no están bien definidos y son usados tan sólo como guía.
6. La existencia de diferentes estándares internacionales utilizados por diferentes kits pueden dar diferentes resultados en la misma muestra.

Además, los marcadores tumorales pueden clasificarse en los siguientes en función de su origen:

- a. Antígenos oncofetales, que aparecen durante la vida fetal y se expresan en niveles bajos en edades adultas. Los más importantes son: el antígeno carcinoembrionario (CEA), la alfafetoproteína (AFP) y la gonadotropina coriónica humana (HCG).
- b. Hormonas con actividad fisiológica aumentadas en ciertos tumores: catecolaminas, ACTH y ADH, 5-HIAA, calcitonina, tiroglobulina.
- c. Glucoproteínas, las más relevantes son el antígeno de células escamosas (SCC), antígenos de tipo carbohidrato (CA 15.3, Ca 19.9, CA 125, CA 72.4, CYFRA 21-1) y el antígeno prostático específico (PSA)
- d. Enzimas como son la enolasa neuronal específica (NSE) y el láctico deshidrogenasa (LDH)
- e. Otros marcadores son las proteínas séricas (beta-2 microglobulina), anticuerpos frente a oncoproteínas (p53) y los inones cobre y zinc.

En la tabla 1, se exponen de forma esquematizada los marcadores tumorales más utilizados en la práctica médica:

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Antígenos oncofetales</b> | Antígeno carcionembrionario (CEA)        |
|                              | Alfafetoproteína (AFP)                   |
|                              | Gonadotropina coriónica humana (HCG)     |
| <b>Glucoproteínas</b>        | Antígeno específico de la próstata (PSA) |
|                              | CA-125                                   |
|                              | CA-15-3                                  |
|                              | CA-19.9                                  |
|                              | CA-72.4                                  |
| <b>Enzimas</b>               | Lactato deshidrogenasa (LDH)             |
|                              | Enolasa neuronoespecífica (NSE)          |
|                              | Fosfatasa ácidas                         |
|                              | Fosfatasa alcalina                       |
| <b>Hormonas</b>              | Serotonina                               |
|                              | Catecolaminas                            |
|                              | ACTH                                     |
|                              | ADH                                      |
| <b>Proteínas séricas</b>     | Tiroglobulina                            |
|                              | Ferritina                                |
|                              | Inmunoglobulinas                         |
|                              | Beta-2 microglobulina                    |
| <b>Otros</b>                 | Cobre, zinc, hidroxiprolina              |

Tabla 1. Clasificación de los marcadores tumorales circulantes más utilizados (Martínez, Marcos, Domínguez, Villafranca y Dueñas, 2000)

### 1.2.1. El marcador Beta 2 microglobulina

La beta-2 microglobulina es un marcador que utilizaremos en nuestra investigación. Es un polipéptido de bajo peso molecular y aproximadamente de 100 aminoácidos que no contiene hidratos de carbono asociados (Contreras, Lugo y Martínez, 2006). Es sintetizada por todas las células nucleadas del organismo, filtrada por el riñón y reabsorbida por el túbulo contorneado proximal (Rivera, 1997; Enguítanos y cols., 2002; Rubial, 2002; Hayes, 1998; Rizk, El-Nawawy, Abdel-Karem, Amer, El-Gezairy y El-Shafei, 2005). La beta-2 microglobulina se encuentra elevada en enfermedades linfoproliferativas, principalmente leucemia linfoide crónica, mieloma múltiple y linfomas (Hodgkin y no Hodgkin) y sus niveles correlacionan con el estadio de la enfermedad o la masa de células malignas. También suele atribuírsele un significado pronóstico en estas patologías y hay estudios que relacionan la beta-2 microglobulina y el tiempo de supervivencia en estos pacientes (Perkins, Slater y Sanders, 2003). Sin embargo, esta enzima

también puede elevarse con cualquier condición que disminuya la tasa de filtración glomerular así como en la inflamación crónica, la enfermedad hepática y algunas infecciones virales. También se incrementa en el SIDA y es un marcador útil de la progresión de esta enfermedad (Navarro, Guindeo y Domínguez, 2004).

## **2. ETIOLOGÍA DEL CANCER**

Las posibles causas del inicio del cáncer son numerosas, destacando las siguientes:

### **2.1. Factores inmunitarios**

Algunas células del sistema inmunitario tienen la función de reconocer y destruir las células anormales, por lo que la alteración en la inmunidad del paciente impedirá destruir las células extrañas del organismo, favoreciéndose así su crecimiento y proliferación. Las principales células encargadas de la destrucción de las células cancerígenas son los linfocitos T citotóxicos, los linfocitos B, las células Natural Killers (NK) y los macrófagos activados en nuestro organismo. Por ejemplo, los linfocitos T son anormales en el linfoma de Hodgkin, los linfocitos B en la leucemia linfocítica crónica, en el mieloma y en el cáncer de ovario. Por otro lado, las inmunodeficiencias adquiridas (SIDA, infecciones adquiridas, enfermos transplantados y expuestos a carcinógenos como el benceno, el níquel, la dioxina, etc.) hacen que el paciente tenga mayor riesgo de padecer cáncer que la población normal (Die Goyanes y Die Trill, 2003).

### **2.2. Factores infecciosos**

Existen virus y parásitos que provocan la formación de antígenos específicos de tumores en la membrana y en el citoplasma de las células infectadas.

En la tabla siguiente aparecen expuestos los principales virus asociados al padecimiento del cáncer.

| VIRUS                          | TIPO DE CÁNCER  |
|--------------------------------|---|
| Epstein-Barr                   | Carcinoma nasofaríngeo, linfoma de Burkitt, linfoma de Hodgkin y carcinoma laríngeo |
| Papiloma virus humano          | Cáncer de boca, faringe y cerviz  |
| Herpes simple                  | Cáncer de faringe y cerviz  |
| Hepatitis B y C                | Hepatocarcinoma   |
| Retrovirus (especialmente VIH) | Sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin  |

Tabla 2. Principales virus y tipo de cáncer asociado

Otros agentes infecciosos son los parásitos, como las infecciones por *Schistosoma Haematobium* relacionadas con el cáncer de vejiga, *Clonorchis Sinensis* asociado al hepatocarcinoma, y el *Helicobacter Pylori*, responsable de la mayoría de linfomas gástricos (Gisbert y Pajares, 1999).

### 2.3. Factores Físicos

Entre los principales factores físicos que actúan de forma directa provocando alteraciones sobre el ADN destacan los rayos solares ultravioleta en personas excesivamente expuestas al sol, las radiaciones ionizantes, la ingestión de cáusticos, las inflamaciones crónicas y por cuerpos extraños como prótesis, y los traumatismos repetidos, que inducen a la proliferación celular, aumentando de esta manera la posibilidad de transformación neoplásica (Devita, 2001).

## 2.4. Factores Químicos

En el desarrollo de algunos tumores malignos actúan carcinógenos orgánicos como las nitrosaminas y los hidrocarburos policíclicos, e inorgánicos, como el níquel, el cadmio o el cromo. El carcinógeno más estudiado ha sido el tabaco, no sólo en fumadores activos sino también pasivos. Además, la polución atmosférica también es un factor importante en el desarrollo del cáncer.

En la tabla 3 aparecen reflejados los carcinógenos y la actividad cancerígena asociada:

| AGENTE   | LOCALIZACIÓN DEL CÁNCER  |
|--|--|
| Tabaco   | Pulmón, boca, faringe, laringe, esófago, hígado                  |
| Alcohol  | Boca, laringe, esófago, hígado                                   |
| Dieta con exceso de calorías, grasas y proteínas | Colon, mama, próstata, riñón, adenocarcinoma pulmonar en mujeres |
| Exposición solar excesiva, rayos ultravioleta    | Cáncer de piel   |
| Rayos X  | Leucemias, cáncer de piel  |
| Polvo de cuero y madera                          | Cáncer nasal y de senos paranasales                              |
| Benceno  | Leucemias  |
| Asbesto  | Cáncer de pulmón   |
| Benzopireno                                      | Cáncer de pulmón   |
| Arsénico   | Cáncer de piel y pulmón  |
| Hidrocarburos aromáticos y policíclicos          | Cáncer de vejiga   |
| Industria del caucho                             | Leucemia y cáncer de vejiga                                      |
| Compuestos de níquel                             | Cáncer de pulmón   |
| Productos de la combustión del carbón            | Cáncer de pulmón   |

Tabla 3. Algunos carcinógenos con actividad demostrada (Die Goyanes y Die Trill, 2003)

## **2.5. Factores Hormonales**

Existen comportamientos de riesgo asociados al desarrollo de la enfermedad neoplásica por su mediación con factores hormonales, asociándose éstos con el cáncer de cérvix. También la menarquía precoz, la edad tardía del primer embarazo, la menopausia tardía y la utilización de estrógenos durante la menopausia están asociadas con el cáncer, en este caso de mama y de endometrio. Por el contrario, la edad temprana del embarazo o la lactancia reducen el riesgo de este cáncer.

## **2.6. Factores familiares y étnicos**

Existen determinados tipos de cáncer con características genéticas heredadas. Destacan, en este sentido, el cáncer de mama familiar, que comprende en el 5% y el 10% de todos los cánceres mamarios, el síndrome de neoplasias endocrinas múltiples, que originan múltiples tumores en las glándulas endocrinas como el tiroides, la hipófisis, las paratiroides y las suprarrenales, y el cáncer colorrectal, que constituye el 5% de todos los carcinomas colorrectales (Díaz Rubio y García Conde, 2000).

## **3. EL TRATAMIENTO DEL CANCER**

El tratamiento del cáncer por lo general es multidisciplinar, interviniendo diferentes especialidades oncológicas. Los principales tratamientos son la cirugía, la radiación y la quimioterapia. Mientras que la cirugía y la radiación tienen una actuación local y regional, la quimioterapia tiene un efecto sistémico.

### **3.1. Cirugía**

La cirugía es, a día de hoy, el arma terapéutica más eficaz para la cura del cáncer (Die Goyanes y Die Trill, 2003). Aproximadamente el 70% de todos los pacientes con cáncer necesitan una

intervención quirúrgica. Los principales objetivos de la cirugía oncológica son curar la enfermedad, preservar la función al máximo, procurar la paliación, mantener la estética cuando sea posible y rehabilitar al paciente para integrarlo en la sociedad. En la Tabla 4 se especifican los tipos de cirugía que suelen utilizarse en el tratamiento del cáncer por orden de prioridad.

| TIPOS DE CIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER  |
|--|
| Diagnóstica                                    |
| Preventiva                                     |
| Curativa                                       |
| Reductora, de tumor residual y de comprobación |
| Paliativa                                      |
| Reconstructiva                                 |

Tabla 4. Tipos de cirugía oncológica por orden de prioridad

La cirugía oncológica puede conllevar actos mínimos como una punción diagnóstica o de mayor envergadura como la *hemicorporectomía* o amputación media corporal, que ha sido la mayor mutilación que puede practicarse en el cuerpo humano.

### 3.2. Radioterapia

La radioterapia se basa en la acción biológica de las radiaciones, que producen la ruptura de los enlaces de las moléculas biológicas, especialmente del ADN. La radioterapia puede ser radical, con fin curativo, que suele aplicarse en tumores de alta o moderada sensibilidad a las radiaciones (linfomas y carcinomas); complementaria de la cirugía, es decir, puede utilizarse antes o después de la cirugía para disminuir el riesgo de recaída; y por último también puede ser

paliativa, con tratamientos de corta duración y con dosis moderadas (tumores primitivos o secundarios y metástasis óseas).

Existen varios tipos de técnicas de radioterapia (Verdú, 2002):

- 1) Radioterapia externa, la más frecuentemente usada. La radiación la produce el isótopo Cobalto 60 y emite radiación Gamma.
- 2) *Braquiterapia*, que consiste en la introducción en algunas cavidades orgánicas o incluso en la misma masa tumoral de fuentes de radiación a corta distancia.
- 3) Radioterapia metabólica, a través de la administración, por vía oral o venosa, de un isótopo radioactivo que se fija en determinados órganos por el trofismo de éstos por el isótopo.
- 4) Radioterapia corporal total, indicada como complemento de la quimioterapia y del trasplante de médula ósea en leucemias, linfomas y mielomas.
- 5) Radioterapia *intraoperatoria*, que necesita una cirugía de ayuda para poder aplicarse. Es una radiación a dosis única que puede complementarse con radiación externa. La principal ventaja es que se irradia solamente la zona tumoral sin afectar a los tejidos sanos cercanos.
- 6) *Radioneurocirugía*, indicada para tumores cerebrales y malformaciones arterio-venosas intracraneales (Díaz Rubio y García Conde, 2000).

### 3.3. El tratamiento médico oncológico

Consiste en la utilización de sustancias químicas para actuar sobre el cáncer de forma sistémica. Es el tratamiento principal especialmente para leucemias y linfomas, y es complementario de la cirugía o la radioterapia con otros tipos de cáncer.

En la Tabla 5 aparecen expuestas las principales modalidades de tratamiento médico oncológico.

| TRATAMIENTO MÉDICO ONCOLÓGICO |
|-------------------------------|
| Quimioterapia                 |
| Hormonoterapia                |
| Inmunoterapia                 |
| Terapia genética              |
| Nuevas drogas                 |

Tabla 5. Modalidades de oncología médica (Díaz Rubio y García Conde, 2000)

### 3.3.1. Quimioterapia

Consiste en la administración de fármacos, llamados “citostáticos” para impedir la reproducción de células malignas. Destacan los alquilantes (como la mostaza nitrogenada), los antimetabolitos (como el metotrexate), los inhibidores de la topoisomerasa I y II (como el rinotecán), los agentes antimicrotúbulo (como la vincristina), y sustancias diversas como la bleomicina. Por lo general suele aplicarse una combinación con fármacos, porque al tener diferentes mecanismos de actuación y de toxicidad, su efectividad es mayor. Esto es lo que se conoce como “poliquimioterapia” y existen varios tipos: complementaria, neoadyuvante, alternante, intraarterial o intrapericárdica.

También son conocidos los efectos secundarios de la quimioterapia, algunos leves como mucositis, alopecia, vómitos, diarreas y otros más graves como la mielodepresión, miocarditis, fibrosis pulmonar, nefritis, cistitis, polineuritis, ototoxicidad y otras. Cualquiera que sea el efecto, siempre se intenta prevenirlo, y si esto no es posible, se pretende tratar lo más adecuadamente posible (Die Goyanes y Die Trill, 2003). De hecho, el tratamiento de los efectos secundarios determinará en gran medida la calidad de vida del enfermo y su adaptación a la enfermedad, habiendo ya medidas farmacológicas y/o psicológicas para su control (Burish y Redd, 1983).

### **3.3.2. Hormonoterapia**

Es un tratamiento paliativo y sólo se aplica a tumores hormonodependientes, es decir, cáncer de mama, próstata, endometrio, tiroides y riñón. Hay varias modalidades de hormonoterapia: ablativa, que es quirúrgica y supone la supresión de la secreción de estrógenos y andrógenos, aditiva, que supone emplear estrógenos y progestágenos, y competitiva, que inhibe la secreción hormonal para aliviar algún síntoma (Díaz Rubio y García Conde, 2000).

### **3.3.3. Inmunoterapia**

Pretende estimular el sistema inmunológico para actuar frente al tumor. Suelen utilizarse los anticuerpos monoclonales que potencian la acción de la quimioterapia. También se utilizan citoquinas (especialmente interleucina 2 e interferón) y vacunas tumorales (para desarrollar buena respuesta frente al tumor).

### **3.3.4. Terapia genética**

Se basa en la reciente teoría de la existencia de proto-oncogenes y oncogenes en algunos tipos de cánceres. Aunque esta terapia aún no está totalmente desarrollada (Die Goyanes y Die Trill, 2003).

### **3.3.5. Nuevas drogas**

Existe una serie de fármacos en fase de experimentación como Rituxan, Herceptin, Campath y Glivec. El objetivo principal de estos tratamientos es atacar a las células tumorales sin dañar a las células sanas, aunque aún están por conocer los resultados iniciales de los ensayos clínicos en progreso.

## 4. EL CÁNCER HEMATOLÓGICO

A continuación se exponen más detenidamente los tipos de cáncer seleccionados para nuestro estudio.

### 4.1. El linfoma de Hodgkin

El linfoma de Hodgkin es un proceso maligno peculiar que despierta un gran interés sanitario por dos razones fundamentales: la primera, por su especial epidemiología y comportamiento clínico inicial, que hacen recordar a una enfermedad infecciosa (Rossell, López y Viladú, 1984); la segunda, por ser el proceso neoplásico que, junto con los tumores testiculares y ciertas formas de leucemia, ha experimentado un mayor avance en los últimos 20 años en los aspectos diagnósticos y terapéuticos, con el consiguiente resultado de elevado índice de curación. En la lista de las neoplasias linfoides reconocidas por el "*International Lymphoma Study Group*" y más recientemente por la OMS, se la incluye por primera vez en una misma clasificación internacional junto a los linfomas no Hodgkinianos y otros procesos linfoproliferativos. En 1998 el linfoma de Hodgkin supuso aproximadamente el 1% de todas las neoplasias malignas y el 10% de las neoplasias linfoides, siendo su incidencia en Europa en torno a 3 nuevos casos anuales cada 100.000 habitantes. A diferencia de los linfomas no-Hodgkin, su incidencia se mantiene estable en las últimas décadas.

Se caracteriza por ser un tumor formado por tejido linfático y en concreto, la afectación más común se centra en los ganglios más axiales del organismo. A diferencia de patologías como la leucemia, en el linfoma de Hodgkin la afectación de la médula es muy poco frecuente inicialmente (Rossell, López y Viladú, 1984). En cuanto a los síntomas, casi un 40% de los pacientes presentan fiebre, sudoración profusa nocturna, pérdida de peso y prurito.

El linfoma de Hodgkin constituye la primera hematopatología maligna descrita y también la primera que se consideró curable, en 1960, con los modernos esquemas de la quimioterapia combinada. La curva de incidencia según la edad es típicamente bimodal, con un pico en los adultos jóvenes entre 15 y 35 años y otro después de los 55 (MacMahon, 1957).

Se desconoce la causa que origina la enfermedad de Hodgkin. Durante mucho tiempo se ha argumentado un origen infeccioso debido a los casos observados en la niñez y dentro de familias (Gutensohn y Cole, 1980). Algunos proponen una causa viral porque en algunos pacientes con esta enfermedad se encontró ADN del virus de Epstein-Barr, aunque esta posibilidad aún está por confirmar (Mueller, y otros, 1989).

El linfoma de Hodgkin se manifiesta por el aumento del tamaño de un ganglio o un grupo linfático. La enfermedad (no tratada) facilita una propagación neoplásica a grupos ganglionares vecinos, afectando el hígado, el bazo y la médula ósea. La clasificación en estadios de Ann Arbor, instaurada en 1971, tenía en cuenta las localizaciones extraganglionares, no establecidas en otras clasificaciones. En la Tabla 6 se establece la catalogación del paciente diagnosticado de linfoma según el número de regiones linfáticas afectas y su localización por encima o debajo del diafragma.

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Estadio I</b>   | Afectación de una sola región ganglionar o una sola región extralinfática  |
| <b>Estadio II</b>  | Afectación de dos o más regiones ganglionares a un mismo lado del diafragma, o afectación extralinfática y afectación ganglionar de dos o más regiones a un mismo lado del diafragma |
| <b>Estadio III</b> | Afectación ganglionar a ambos lados del diafragma, que pueden incluir afectación localizada de un solo órgano extralinfático   |
| <b>Estadio IV</b>  | Afectación difusa de un órgano extralinfático, con afectación ganglionar acompañante o sin ella. Por ejemplo, médula ósea, hígado, diseminación pulmonar, etc.                       |

Tabla 6. Clasificación de los estadios clínicos de la enfermedad linfocítica (Ann Arbor, 1971)

En la masa tumoral del linfoma de Hodgkin, las células neoplásicas son mínimas, estando mayoritariamente compuesto por células inflamatorias. Las células de Hodgkin y de Reed-Sternberg forman el 1% de las células que componen el tumor, mientras que el componente no neoplásico está formado por linfocitos, histocitos, eosinófilos y células plasmáticas. Por la

presencia de estas células, la reacción inmunológica es una de las partes más importantes de la enfermedad.

Los diferentes tipos de linfoma de Hodgkin se distinguen en función de la morfología de las células de Reed-Sternberg, en la composición de infiltrado reactivo, en las características epidemiológicas y la historia natural de la enfermedad. En general, existen cuatro subtipos de linfoma de Hodgkin:

1. Esclerosis Nodular, que es el más frecuente y se da principalmente en adolescentes y adultos jóvenes.
2. Celularidad mixta, que aparece a cualquier edad y afecta principalmente al bazo y a los ganglios abdominales.
3. linfoma de Hodgkin rico en linfocitos, que supone el 6% de los casos de linfoma de Hodgkin con una mayor incidencia de varones de edad media (Von Vasielewski, Mengel y Fischer, 1997).
4. Depleción linfocitaria, que es la menos frecuente y afecta principalmente a ancianos y VIH seropositivos (Neiman, Rosen y Lukes, 1973).

#### **4.2. El linfoma no Hodgkin**

El linfoma no Hodgkin (LNH) tiene una incidencia de 6 por 100.000 habitantes y año, aproximadamente el doble de la incidencia de la enfermedad de Hodgkin y constituye el 2,2% de todos los cánceres si se exceptúan los tumores de la piel (Cutler y Young, 1975). En este tipo de linfoma se observa una proliferación de células linfoides del tipo B.

Es un cáncer que se origina en el tejido linfático, al igual que el Linfoma de Hodgkin, pero se diferencia de éste en las siguientes características:

- 1) Se considera que las variedades del linfoma de Hodgkin son manifestaciones de una misma enfermedad (enfermedad de Hodgkin). Los distintos linfomas no Hodgkin serían diferentes enfermedades.

- 2) El linfoma de Hodgkin se disemina en forma ordenada: de un grupo ganglionar a los otros, según la disposición de la circulación linfática; luego al bazo, hígado, médula hematopoyética, etc. Los linfomas no Hodgkin se diseminan en orden no siempre predecible.
- 3) Ambas clases de linfoma comprometen preferentemente grupos ganglionares centrales o axiales (cervicales, mediastínicos); sin embargo, en los linfomas no Hodgkin se comprometen con cierta frecuencia ganglios periféricos (inguinales, axilares).
- 4) El linfoma de Hodgkin casi nunca compromete el anillo de Waldeyer y los ganglios mesentéricos. Los linfomas no Hodgkin pueden afectarlos.
- 5) Aunque la gran mayoría de todos los linfomas son de origen ganglionar, los linfomas no Hodgkin a veces tienen un origen extraganglionar; los linfomas de Hodgkin casi nunca.

Para clasificar los diferentes tipos de LNH, se han desarrollado varios sistemas. En general, suelen agruparse en categorías de crecimiento lento, agresivo o muy agresivo (véase tabla 7) Los linfomas agresivos y altamente agresivos crecen más rápidamente y se propagan rápidamente por todo el cuerpo.

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Crecimiento lento</b>              | 1. Leucemia linfocítica crónica/linfoma de linfocitos pequeños |
|                                       | 2. Linfoma folicular   |
|                                       | 3. Linfoma de tejido linfoide asociado con mucosas             |
| <b>Crecimiento agresivo</b>           | 1. Linfoma difuso de células B grandes                         |
| <b>Crecimiento altamente agresivo</b> | 1. Linfoma de Burkitt  |
|                                       | 2. Linfoma linfoblástico/Leucemia                              |
|                                       | 3. Linfoma relacionado con el SIDA                             |

Tabla 7. Tipos de linfoma (con base en su crecimiento)

### 4.3. El mieloma múltiple

El mieloma es un proceso neoplásico caracterizado por la proliferación incontrolada de células plasmáticas de la médula ósea (Rossell, López y Viladú, 1984). Se trata, por tanto, de una proliferación neoplásica de células derivadas de linfocitos B que, en la mayor parte de los casos, conservan la capacidad característica de sintetizar y secretar inmunoglobulinas. Además se producen en la médula masas tumorales con mayor densidad de células neoplásicas, que determinan la destrucción local de hueso, presumiblemente a través de la activación de los osteoclastos. Estas zonas se hallan más predispuestas a las fracturas. Como estos procesos proliferan en distintas partes del esqueleto, se denomina a la enfermedad "mieloma múltiple".

El mieloma se describe en todas las partes del mundo y en todas las razas, aunque es algo más frecuente en la raza negra que en la blanca. La incidencia en la raza blanca es de 1 a 2 por 100.000 habitantes y año, mientras que en la negra es de 2 a 4 por 100.000 habitantes y año. Su incidencia aumenta con la edad, alcanzando su máximo en la séptima década. Aunque se han descrito algunos casos en pacientes que aún no alcanzaron los 30 años, menos del 2% de los mielomas se diagnostican antes de los 40 años. La enfermedad es ligeramente más frecuente en varones que en mujeres (Bersagel, 1979).

Los pacientes con esta patología pueden mostrarse asintomáticos durante unos meses o incluso años en una fase preclínica. A medida que el volumen celular infiltrativo de la médula ósea va avanzando, aparecen insidiosamente síntomas de debilidad y astenia, posiblemente relacionados con la anemia, así como dolores óseos, pérdida de peso y tendencia a padecer infecciones. No rara vez la enfermedad se descubre de forma insospechada, en un paciente adulto que ingresa por una neumonía o con un cuadro de insuficiencia renal (Rossell, López y Viladú, 1984).

En cuanto a las semejanzas observadas entre el linfoma de Hodgkin, el linfoma no Hodgkin y el mieloma múltiple, se pueden destacar la similitud en el método de diagnóstico (biopsia, radiografías especiales, TAC), el tratamiento (quimioterapia y radioterapia, principalmente), la semejanza en la afectación (células linfoides tipo B y ganglios linfáticos) y su relación con el sistema linfático e inmunológico.

#### 4.4. La leucemia crónica

Las leucemias son proliferaciones de células malignas de origen hematopoyético, cuya acumulación progresiva se acompaña siempre de una disminución en la producción de los elementos mieloides normales.

Estas leucemias pueden clasificarse en mieloides y linfoides (ver Tabla 8). Las mieloides engloban un conjunto de entidades con características clínicas y evolutivas muy semejantes y de etiología común que son de tipo neoplásico. Las linfoides agrupan a todas aquellas entidades de evolución clínica crónica que están caracterizadas por la proliferación neoplásica de células de tipo linfoide que pasa o invaden la sangre periférica.

|   |
|---|
| <b>LEUCEMIAS MIELOIDES</b>  |
| Leucemia mioide crónica<br>Leucemia mielomonócita crónica   |
| <b>LEUCEMIAS LINFOIDES</b>  |
| Leucemia linfática crónica de celularidad B<br>Leucemia linfática crónica de celularidad T<br>Leucemia linfática crónica de tipo prolinfocítico<br>Tricoleucemia<br>Leucemia linfosarcomatosa crónica |

Tabla 8. Clasificación de las leucemias crónicas

## **Capítulo II:**

# **Factores psicosociales y Psicooncología**

## 1. PSICOONCOLOGÍA: FACOTRES PSICOSOCIALES EN EL CÁNCER

La Psicooncología reúne los esfuerzos de las disciplinas médicas, psicológicas y sociales para ofrecer un tratamiento más completo al enfermo oncológico, tomando como referencia un marco biopsicosocial de la salud y la enfermedad. Diferentes autores (Greer, 1994; Holland, 1992; Ibáñez, 1989) señalan la década de los 70 como la de mayor auge de esta área de la Psicología. En esta época se da un cambio importante en la concepción médica de la enfermedad oncológica, considerándose el cáncer como una enfermedad sistémica “crónica” en la que la quimioterapia es el tratamiento principal para lograr la supervivencia. Ya que la enfermedad comienza a visualizarse como un estado crónico, el paciente comienza a convivir con la enfermedad y por tanto, lo importante es que se “adapte” a la nueva situación. Por ello, las nuevas áreas a estudiar son las estrategias de afrontamiento que predicen una mejor adaptación, la personalidad más adaptativa, y las técnicas de intervención dirigidas a disminuir los efectos secundarios de la quimioterapia, asegurar la adherencia al tratamiento y facilitar la adaptación del enfermo al cáncer. Además, se incorporan nuevas variables en el estudio del cáncer, tales como la influencia del estrés, y en general de los factores psicosociales, en la aparición, desarrollo y evolución de las neoplasias y en la afectación de la calidad de vida o funcionamiento adaptativo (Arbizu, 2000).

En la década de los 80, los aspectos psicosociales del cáncer son los principalmente abordados por los psicooncólogos. Es determinante el énfasis en los estilos de vida y las conductas saludables que previenen la aparición y desarrollo del cáncer, además del apoyo social y su relación con la adaptación del paciente a la enfermedad. También continúan en esta época otros temas ya clásicos de la Psicooncología (como la personalidad o el estrés), ahora enmarcados dentro de la “calidad de vida” como principal objetivo de investigación y tratamiento de la Psicooncología.

En décadas posteriores y hasta la actualidad, la temática principal de la Psicooncología abarca tres grandes áreas de estudio: personalidad y cáncer, intervenciones psicosociales dirigidas a enfermos oncológicos y factores psicológicos implicados en la prevención del cáncer (Durá y Ibáñez, 2000).

Juan Antonio Cruzado, en el 2003, define la Psicooncología como un campo interdisciplinar de la Psicología y las ciencias biomédicas cuyo objetivo es la prevención, el diagnóstico, la evaluación, el tratamiento y rehabilitación, los cuidados paliativos y la etiología del cáncer, además de la mejora de las habilidades de comunicación e interacción de los sanitarios y la mejora de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad.

Esta disciplina, antes denominada Psicología Oncológica u Oncología Psicosocial, pretende determinar la influencia de los factores psicológicos sobre la aparición, evolución y tratamiento del cáncer. Además, también estudia las reacciones psicológicas del paciente oncológico, su familia y el personal asistencial, a lo largo de la enfermedad. También a través del estudio psicooncológico del paciente, se han llegado a establecer algunos factores de naturaleza conductual y de aprendizaje que influyen en el riesgo de desarrollar la enfermedad (Bayés, 1990; Arbizu, 2000).

Es posible establecer dos enfoques dentro de la Psicooncología. Por un lado, el *enfoque reactivo*, que se centra en dar apoyo para sobrellevar la enfermedad oncológica. Por otro, el *enfoque proactivo*, centrado en prevenir la enfermedad o mantener en lo posible la calidad de vida del paciente que la padece.

La psicooncología reactiva se acerca a aspectos relacionados con la psicoprofilaxis de los tratamientos, el manejo del dolor, la asistencia al paciente en las etapas más avanzadas de la enfermedad, la elaboración del duelo, así como la asesoría y apoyo a la familia y al equipo de salud. Por lo que, a grandes rasgos, se centra en el manejo de los síntomas y de la enfermedad. Por su parte, la psicooncología proactiva se basa en el modelo biopsicosocial de la salud, y pretende explicar las interacciones del organismo, su ambiente y sus fenómenos psicológicos. Esta corriente enfatiza la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el desarrollo de la responsabilidad hacia la propia salud. De manera que el cáncer se concibe, desde esta perspectiva, como un proceso multifactorial, en el que la atención del paciente conlleva una revisión sobre sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Yélamos, Montesiones, Eguino, Fernández, González y García de Paredes, 2007). Con todo ello, la Psicooncología surgió como disciplina en el estudio de la relación entre las variables psicológicas y la enfermedad neoplásica, abarcando también la interacción entre los conocimientos biomédicos y conductuales relevantes

al cáncer, tanto en el impacto psicológico que éste provoca como en su prevención (Newberry, Liebet y Boyle, 1984; Holland, 1989)

### **1.1. Variables psicosociales en el cáncer**

Tras numerosos años de investigación, una cuestión relevante que sigue sin una respuesta clara es si los factores psicológicos tienen o no una influencia destacable en el inicio y/o progresión del cáncer. Dada la importancia de la enfermedad del cáncer en la actualidad y teniendo en cuenta la naturaleza multifactorial de la misma, el estudio de la influencia de los factores psicológicos sobre su aparición y evolución es de un interés destacable.

La interacción entre las emociones y el funcionamiento físico es un hecho cada vez más aceptado, existiendo una gran cantidad de evidencia que muestra la vinculación e interacción entre el funcionamiento del sistema nervioso central, el sistema endocrino y el sistema inmunitario. Si tenemos en cuenta que las circunstancias vitales pueden deteriorar la función endocrina e inmune, podemos llegar a la conclusión de que estas condiciones pueden predisponer al desarrollo y evolución del cáncer. Por ejemplo, algunos estudios destacan la relación existente entre estresores vitales como la muerte de un ser querido y la vulnerabilidad al cáncer (Butow, Coates y Dunn, 2000; Cardenal, Sánchez-López y Ortiz-Tallo, 2005; Cardenal, Ortiz-Tallo, Martin y Martínez, 2008; Yehuda, 2003). Por ello, se considera que un apoyo psicológico temprano ante estas pérdidas podría mejorar la calidad de vida (Fernández y Yélamos, 2006), entendida en su sentido más amplio, y los índices de supervivencia (Andersen, y otros, 2008, Cwikel, Behar y Rabson-Hare, 2000, Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil, 1989).

La reciente tendencia a integrar la exploración de las variables psicosociales en el estudio de la enfermedad crónica ha producido interesantes resultados en el área psicooncológica (Holland y Rowland, 1989; Vinaccia y Orozco, 2005). En este sentido, desde que la importancia de los factores psicológicos ha sido reconocida en el pronóstico de la enfermedad del cáncer (Arbizu, 2000; Cano, 2005; Font y Rodríguez, 2004; Greer, Morris, Pettingale y Haybittle, 1990; Watson,

Haviland, Greer, Davidson y Bliss, 1999), se han realizado numerosos esfuerzos por conocer la influencia de estos factores sobre la patología neoplásica.

Por ejemplo, se ha sugerido que la variabilidad de respuesta que presentan las personas expuestas a carcinógenos similares podría mostrar la existencia de variables psicológicas moduladoras en la aparición y desarrollo del cáncer. Así, Bayés (1985) relacionó los factores psicológicos con el nivel biológico de la persona a través de un modelo estructurado en tres vías principales:

- i. Cognitivas y emocionales, que son capaces de modular las respuestas neurológicas, endocrinas e inmunes que, a su vez, se hallan en permanente relación recíproca.
- ii. Conductuales, que se traducen en estilos de vida capaces de afectar al organismo directamente.
- iii. Medio ambientales, que suponen la influencia del medio físico y social.

Actualmente las terapias para el tratamiento del cáncer se basan en el principio de que esta enfermedad es multifactorial y sistémica, y que los tumores son síntomas o elementos de la enfermedad que suponen la expresión local de un fenómeno más global.

De entre las innumerables investigaciones que se vienen llevando a cabo en el campo de la psicooncología, una parte importante de ellas se han centrado en analizar las siguientes variables (García-Conde, Ibáñez y Durá, 2008; Durá y Ibáñez, 2000):

- (a) Las *características de personalidad*, planteándose la existencia de un posible patrón de conducta Tipo C relacionado con el cáncer.
- (b) Las respuestas emocionales y estados psicopatológicos frecuentemente descritos en la enfermedad oncológica, tales como la *depresión* y la *ansiedad*.
- (c) Las *estrategias de afrontamiento* ante el estrés, especialmente la evitación emocional, la aceptación estoica y el espíritu de lucha frente a la enfermedad, entre otras.
- (d) Los acontecimientos vitales negativos y situaciones interpersonales conflictivas, en especial la importancia del *apoyo social* percibido y las pérdidas afectivas significativas.

- (e) El nivel de *autoeficacia*, entendido no sólo como percepción de control sino también como un estilo de afrontamiento activo de la enfermedad.

En la Psicooncología se adopta un modelo biopsicosocial que incorpora tanto las variables biológicas en el padecimiento de la enfermedad como el ámbito psicológico y social del paciente (Rivero, Piqueras y Ramos, 2008; Cardenal, 1997). Muchos de los estudios dentro del área psicooncológica pretenden determinar la influencia de algunas de las variables psicosociales anteriormente mencionadas en el curso y pronóstico de la enfermedad y en la *calidad de vida* del paciente, entendida ésta en su sentido más amplio y considerando sus áreas física, psicológica y social. Los factores psicosociales podrían relacionarse con el cáncer a través de dos vías principales (Piqueras, Martínez y Ramos, 2008; Valdés, 2002):

- De un modo indirecto favoreciendo comportamientos de riesgo, tales como la ingesta de alcohol, la exposición solar excesiva, el tabaquismo, la incapacidad para realizar autopalpaciones examinadoras, el absentismo en los controles médicos rutinarios, etc. (Valdés R. , 2004; Guibert, Grau, Romero, Prendes y Chacón, 2000).
- De un modo más directo a partir de las reacciones fisiológicas ligadas al estrés y a los estados emocionales, que a través de la mediación neuroendocrina (p. ej., aumento en la secreción de cortisol), pueden a su vez modular el funcionamiento del sistema inmune y alterar la susceptibilidad al cáncer (Gatti, y otros, 1987; Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995; (Ramos, Rivero, Piqueras, García y Oblitas, 2008; Vázquez y Castilla, 2007).

Seguidamente se exponen las variables psicosociales más relevantes en el ámbito de la evaluación psicooncológica.

### **1.1.1. Características de personalidad**

La hipótesis de una personalidad previa que predisponga al desarrollo del cáncer se ha estudiado con diferentes modelos, no llegándose siempre a conclusiones concordantes (Valdés, 2002). Uno de los constructos más estudiados en este ámbito ha sido el Patrón de Conducta

Tipo C (PCTC). Este término fue establecido por primera vez por Morris y Greer (1980), refiriéndose con él a un estilo de comportamiento caracterizado por la supresión de emociones ante situaciones estresantes. Desde entonces, muchos investigadores han aportado diversas conceptualizaciones al respecto. Así, Greer y Watson señalan que "...la supresión de emociones, especialmente cuando existe enfado, se constituye en un aspecto central de este patrón de conducta" (Greer y Watson, 1985, p.774). Eysenck resume las características del comportamiento de los sujetos que presentan un *estilo comportamental Tipo C* como "...sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflictos, supresores de emociones como ira o ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión" (Eysenck, 1994, p.168). Este estilo de personalidad, que tiene como característica principal la supresión de emociones (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000), ha sido asociado con el inicio y la progresión del cáncer. Esta relación entre supresión emocional y cáncer no es reciente, diversos autores (Kissen y Eysenck, 1962; Kissen, Brown y Kissen, 1969) señalaron hace tiempo que los individuos proclives al cáncer presentan bajos niveles de emociones negativas y una menor conciencia autonómica, siendo estas características predictivas del cáncer de pulmón. De la misma manera, otros autores (Morris, Greer, Pettingale y Watson, 1981) sugirieron que niveles bajos de neuroticismo y ansiedad también predecían malignidad mamaria. Desde entonces, se han sucedido una cantidad considerable de estudios referentes al patrón de conducta característico en este tipo de enfermos. Así, en un estudio prospectivo, Grossarth-Maticzek, Kanazir, Schmidt y Vetter (1982) encontraron que la conducta "racional y anti-emocional" era predictiva de un posterior desarrollo de enfermedad cancerosa. De hecho, la racionalidad ha llegado a ser considerada por algunos autores como perfil característico del cáncer, especialmente de mama (Bittan y López, 2005). Además, en otras investigaciones anteriores (Temoshok, y otros, 1985) también encontró que la baja emocionalidad se relacionaba con un peor pronóstico.

En esta materia quizás una de las aportaciones más clásicas y relevantes sea la de Temoshok (1987), quien propuso el modelo procesual de estilo de afrontamiento y cáncer, donde el foco de atención se centra en el tipo de respuesta que las personas emiten ante situaciones o acontecimientos vitales estresantes. Los tres factores psicológicos propuestos por Temoshok como fundamentales en la progresión del cáncer, bien individualmente, o en combinación son:

- a) El *estilo de afrontamiento tipo C*, planteado como resultado de un aprendizaje de patrones de interacción familiar, que hacen que la persona aprenda a enfrentarse a las dificultades inevitables, estresores y posibles situaciones traumáticas, suprimiendo la manifestación de sus necesidades y sentimientos en favor de las necesidades de otras personas, lo que daría paso a la eliminación de las manifestaciones emocionales negativas y a la impresión del individuo como cooperativo, no asertivo, sosegado y sumiso, lo que suele conocerse como “necesidad de armonía”.
- b) La *expresión emocional*, esta variable se encontraría influenciada por factores sociales ambientales que harían que el individuo aprenda a expresar sus emociones, al menos en parte, a partir de personas significativas de su propio contexto, necesitando el apoyo de estas personas para satisfacer necesidades propias.
- c) El *desamparo/desesperanza*, que en ocasiones viene precedido por fracasos en el afrontamiento de situaciones estresantes. Estos términos de desamparo y desesperanza ya en tiempos de Hipócrates y Galeno eran relacionados con el cáncer a través del concepto de “personalidad melancólica”. Y esta relación sigue defendiéndose en la actualidad (Sirera, Sánchez y Camps, 2006; Brothers y Andersen, 2009).

Según Temoshok, los tres factores actúan, aunque en distintos momentos, tanto en el inicio como en la progresión y recurrencia del cáncer. Mientras este estilo de conducta parece ser adaptativo en un principio, Temoshok hipotetiza que estas características conllevan que no se satisfagan necesidades biológicas y psicológicas. Frente a la acumulación de estrés, incluyendo incluso el estresor extremo del desarrollo del cáncer, el Patrón de Conducta Tipo C puede dar paso a la impotencia y la desesperanza, o ser reemplazado por un estilo de afrontamiento más satisfactorio, por ejemplo el aprendizaje de la expresión de las propias necesidades. Finalmente, también puede continuar incrementando la tensión por las demandas aplazadas debido a la acumulación de estresores.

Además de estos tres componentes del Patrón de Conducta tipo C, otro aspecto frecuentemente asociado al desarrollo del cáncer, especialmente de mama, ha sido la tendencia a controlar la expresión de emociones negativas (Torres, 2006) y en especial, las reacciones de ira (Contrada,

Leventhal y O'Leary, 1990; Morris y Greer, 1980; Pettingale, Watson y Greer, 1984; Watson, Pettingale y Greer, 1984). Otros estudios también ponen de manifiesto que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama ejercen un mayor control sobre las manifestaciones de ansiedad y tristeza (Ruiz, Bermúdez, Olivares y Garde, 1999).

Algunos autores (Kune, Kune, Watson y Bahnson, 1991) retratan a esta personalidad como la "típica buena persona" que busca complacer y establecer la armonía en las relaciones interpersonales, así como evitar expresar actitudes y reacciones que puedan ofender a otros, incluso en perjuicio de sus propios derechos y necesidades, con el fin último de no propiciar conflictos.

Por otro lado, Grossarth-Maticek y Eysenck (1990, 1991), para explicar la implicación de los factores psicológicos en los trastornos psicosomáticos, proponen seis tipos de reacción al estrés, de los cuales, dos de ellos se hallarían relacionados con el cáncer. Los tipos psicosociales propuestos fueron el Tipo 1 o Predisposición al cáncer, que tiende a reaccionar con sentimientos de indefensión, desesperanza y represión emocional; el Tipo 2 o Predisposición a la cardiopatía coronaria, que tienden a reaccionar ante el estrés mediante excitación general e ira; el Tipo 3 o Tipo Histérico, que alterna formas anteriormente descritas del tipo 1 y 2; el Tipo 4 o Tipo saludable protector de la salud, que muestran una marcada autonomía comportamental; el Tipo 5 o Tipo Racional-antiemocional, que emite comportamientos racionales y evita reacciones emocionales, y que se asocia también con el padecimiento de la depresión y del cáncer; y el Tipo 6 o Tipo Psicopático, que tiende a reaccionar con conductas antisociales.

A continuación aparecen reflejados los Tipos que más se asocian al cáncer según estos autores:

- Tipo 1: También denominado *búsqueda de armonía*, ya que conlleva:

La búsqueda de relaciones armoniosas, es decir, un elevado grado de dependencia conformista respecto a algún objeto o persona de gran valor emocional (consideran a estos objetos o personas como lo más importante para su bienestar y felicidad) y una inhibición a la hora de establecer intimidad o proximidad con las personas queridas. Estudios anteriores reflejan que estos pacientes muestran un gran número de conductas de deseabilidad social así como

grandes dosis de tolerancia, paciencia, solidaridad y en general, una alegre-agradable cara ante el mundo (Kune, Kune, Watson y Bahnson, 1991; Hagnell, 1966; Derogatis, Abeloff y Melisaratos, 1979; Jensen, 1987)

El autosacrificio, lo que favorece que la persona sustituya la satisfacción de sus propias necesidades por la consecución de deseos y necesidades de personas cercanas. Buscan complacer y establecer la armonía deseable a nivel interpersonal, evitan expresar actitudes y sentimientos que puedan ofender a otras personas, incluso en perjuicio de sus propios derechos, pero con el fin de no generar conflictos.

- Tipo 5: Tipo *racional-antiemocional*, que se desglosa en los siguientes componentes:

Racionalidad, se define como la tendencia a emitir reacciones racionales y reprimir actitudes emocionales. Engloba a personas que muestran un predominio del área racional sobre la emocional, tienden a evaluar y procesar toda la información que les rodea de forma más reflexiva y menos impulsivamente que las personas con predominio emocional.

Evitación emocional como la supresión o negación de las manifestaciones afectivas, con dificultad para expresar las emociones. Estas personas se caracterizan por inhibir o negar reacciones emocionales negativas como la ansiedad, la agresividad o la ira y por expresar de forma muy acentuada emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como la excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes caracterizadas por el conformismo. Estas características son muy similares al tipo psicossocial 1 y es lo que se conoce como *estilo represivo de afrontamiento*, caracterizado, según Cano, Sirgo y Pérez-Manga (1997) por las siguientes características:

- a) Bajos niveles de comunicación de las emociones negativas como ansiedad, ira e impulsos hostiles.
- b) Defensividad en procesos atencionales frente a estímulos ansiógenos.
- c) Déficit de memoria para recuerdos emocionales negativos.
- d) Intentos por evitar dar la impresión de perturbación psicológica.
- e) Poca descripción de la experiencia emocional.

Algunos estudios retrospectivos (Bittan y López, 2005; Bleiker, Van-der-Ploeg, Ader y van Daal, 1995) también muestran que mujeres con cáncer de mama presentan mayor racionalidad, mayor control emocional y menor expresividad de los afectos negativos que personas sanas. Así, en una investigación llevada a cabo con población española por Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Ruiz, Sebastián y Spielberger (1996) aparecen diferencias en el uso de la racionalidad y anti-emocionalidad/defensividad emocional. La evaluación psicológica se llevó a cabo en el contexto de unas pruebas de mamografía a las que acudían de forma preventiva las mujeres, con anterioridad al conocimiento de un posible diagnóstico de cáncer. Por lo tanto, es difícil esgrimir que las diferencias se puedan deber al efecto del diagnóstico de la enfermedad. Los resultados mostraron que las mujeres con cáncer de mama son más racionales y anti-emocionales que un grupo control de mujeres que han pasado las mismas pruebas de mamografía pero que han obtenido un resultado negativo. Otros estudios han mostrado que su perfil psicológico y conductual se caracteriza además por la inhibición en la descarga de afecto (Grassi y Cappellari, 1988), represión de emociones negativas, evitando y negando los conflictos, informando incluso de menos niveles de ansiedad autoinformada que grupos control (Ward, Leventhal y Love, 1988), tendencia a la docilidad y condescendencia, con un deseo de complacer a los demás. Se muestran sobrecooperativas y sobrepacientes, realizando una gran cantidad de conductas de autosacrificio o altruismo, sin estar al tanto de sus propias necesidades básicas, con una tendencia a mantener una relación armónica con el medio y las personas que las rodean. Además son muy poco asertivas y muestran un acatamiento de las normas impuestas por autoridades externas y normas sociales (Baltrusch, Stangel y Titze, 1991).

Estos resultados se repiten en varios estudios en los que las mujeres con cáncer de mama son juzgadas y se juzgan a sí mismas como "racionales", entendido esto como el modo en que un individuo usa la razón y la lógica y como una manera general de afrontamiento hacia el medio (Swan, Carmelli, Dame, Rosenman y Spielberger, 1991). Son mucho más auto-sacrificadas que aquellas con tumores benignos y para ellas es extremadamente importante mantener relaciones armoniosas con los demás (Green y Shellenberger, 1991; Torres, 2006; Wirsching, Stierling, Hoffman, Weber y Wirsching, 1982).

### **1.1.2. Estrategias de afrontamiento**

Según Miller y cols. (2000), el afrontamiento es la forma en que los individuos se enfrentan a situaciones estresantes. En este sentido, ya Lazarus y Folkman (1984) definían el estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, donde ésta última es valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal.

La teoría transaccional del estrés y afrontamiento propuesta por Lazarus (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984) cambió la conceptualización del afrontamiento. Esta teoría establecía que el afrontamiento no es un estilo de personalidad, sino un proceso dinámico que cambia a lo largo del tiempo en respuesta a la situación. Así pues, en la actualidad, este modelo transaccional se utiliza para examinar cómo los individuos afrontan las demandas del tratamiento del cáncer. En 1984, Lazarus y Folkman definían el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos continuamente cambiantes para manejar las demandas internas y/o externas que son estimadas como impositivas o que exceden los recursos de la persona. Una de las clasificaciones de estrategias de afrontamiento más utilizadas en la literatura es la que establece la división del estilo de afrontamiento en centrado en el problema y centrado en la emoción. El afrontamiento *centrado en el problema* se define (Montorio, Izal, López y Sánchez, 1998) como el referido a los intentos del sujeto para controlar las situaciones problemáticas que se le plantean a través de alguna acción directa, solucionando problemas a través de una toma de decisiones, buscando información, etc. El afrontamiento *centrado en la emoción* por el contrario se utiliza para controlar ésta y reducir las emociones negativas consecuentes al estrés. En este estilo se incluyen estrategias tales como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas, la extracción de valores positivos, la regulación afectiva, la descarga emocional, la aceptación y la reevaluación de la situación (Montorio, Izal, López y Sánchez, 1998). Es el afrontamiento *centrado en el problema* el que tradicionalmente se ha relacionado con una mejor salud tanto física como mental.

Autores como Muela, Torres y Peláez (2002) han definido una serie de criterios generales y sencillos para clasificar las estrategias de afrontamiento usadas en cada situación como adecuadas o inadecuadas. Los criterios que establecieron fueron:

1. Intentar resolver el problema cuando éste tiene solución es *adecuado*.
2. Intentar resolver el problema cuando éste no tiene solución es *inadecuado*.
3. No intentar resolver el problema cuando tiene solución es *inadecuado*.
4. No intentar resolver el problema cuando éste no tiene solución es *adecuado*.
5. Utilizar estrategias que puedan tener consecuencias adversas para el sujeto es *inadecuado*, por ejemplo, ingesta de bebidas alcohólicas o consumo de drogas.

Estos autores encontraron en su estudio con cuidadores de enfermos de Alzheimer que existen numerosos problemas que se le plantean al cuidador y que no tienen solución real, coincidiendo muchas veces la estrategia más adecuada con la centrada en la emoción, tradicionalmente considerada como menos eficaz para solucionar el problema. Sin embargo, en este caso puede facilitar que el sujeto se adapte con más rapidez a la situación. Además, encontraron que los mayores niveles de “carga” (estrés) percibida por el cuidador se asociaban a una mayor frecuencia en la utilización de estrategias de afrontamiento inadecuadas. Sin embargo, en los cuidadores que experimentaban una menor “carga” percibida predominaban las estrategias adecuadas. Este resultado se interpreta en función de los efectos beneficiosos que ejerce la utilización de estrategias adecuadas, ya que disminuye la sensación de frustración y de “carga” creada por el problema.

Respecto al cáncer, no sólo puede hablarse de una estrategia de afrontamiento sino que ésta puede modificarse a lo largo del proceso de la enfermedad (Cano, Sirgo, Díaz y Pérez, 1997), de igual manera que una misma persona puede estar empleando diferentes estrategias de afrontamiento al mismo tiempo (Heim, Augustiny, Schaffner y Valach, 1993). Se piensa que los diferentes factores psicosociales y modos de afrontamiento frente a la enfermedad afectan al desarrollo del cáncer de manera indirecta (Varela, Bettina, Delgado, Viera, Galain y Schwartzmann, 2007), por ejemplo, haciendo que los sujetos tarden más en buscar ayuda médica, o no se impliquen como debieran en los tratamientos ni en la adherencia a la medicación (Temoshok y Fox, 1984). Bonadonna y Valagussa (1981) demostraron claramente este efecto al observar la influencia del afrontamiento sobre la implicación en el tratamiento. En su investigación encontraron tasas de supervivencia diferenciales asociadas al nivel de adhesión al tratamiento en mujeres con cáncer de mama. Estos resultados también se han observado en estudios más recientes (Varela, Bettina, Delgado, Viera, Galain y Schwartzmann, 2007). De otro

lado, se ha observado que ciertas formas de afrontamiento al cáncer están asociadas a respuestas autonómicas, neuroendocrinas e inmunológicas que pueden exacerbar el crecimiento del tumor o la extensión de la metástasis y/o debilitar la resistencia del cuerpo al proceso maligno. En resumen, gran parte de las investigaciones afirma que la forma de afrontar la enfermedad está asociada a la supervivencia del enfermo de cáncer (Butow, Coates y Dunn, 2000; Penley, Tomaka y Wiebe, 2002). Esto ya se observaba en estudios anteriores, como el llevado a cabo por Pettingale, Philalethis, Tee y Greer (1981) y Penttingale (1985), donde se encontró una correlación positiva entre la supresión de ira previa a una biopsia con fines diagnósticos y la progresión de la metástasis en sujetos con cáncer de mama. Glaser, Rice, Speicher, South y Kiecolt-Glaser (1986) también confirmaron el papel que juegan las variables psicosociales en la respuesta inmune del organismo frente al desarrollo del cáncer. En general, los modelos bioconductuales, que incluyen variables psicológicas (estrés y calidad de vida), conductuales (conductas de salud y compromiso con los tratamientos) y fisiológicas, son los que tratan de explicar las interrelaciones que se generan desde el cáncer como estresor hasta el desarrollo o agravamiento de la enfermedad (Oblitas, 2004; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004; Andersen, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1994).

Se ha propuesto que las diferencias en afrontamiento son la principal causa de variabilidad entre los pacientes respecto al ajuste a la enfermedad y su tratamiento (Cohen y Lazarus, 1979) y posiblemente, el principal factor que determina la calidad de vida, no sólo en el cáncer sino en otras enfermedades crónicas (Penley, Tomaka y Wiebe, 2002; Green, Pakenham, Headley y Gardiner, 2002). A continuación se describen las principales estrategias de afrontamiento consideradas en la vivencia del cáncer:

- a) La distracción cognitiva, considerada como la tendencia a enfrentarse a conflictos emocionales y amenazas de origen externo o interno mediante la orientación de la atención hacia otro estímulo, defendiéndose así de la frustración que puede suponer la situación actual.
- b) El deseo irracional, como el enfrentamiento hacia los conflictos y amenazas a través de la manifestación del deseo por cambiar la situación actual que produce malestar.

- c) La evitación, en la que el individuo se enfrenta a los conflictos y amenazas evitando intencionadamente pensar en problemas, sentimientos o experiencias que le producen malestar.
- d) La búsqueda de apoyo emocional, cuando se acude a los demás en busca de ayuda o apoyo como forma de afrontamiento.
- e) Estoicismo o aceptación estoica de la enfermedad, mediante la cual el sujeto acepta de forma fatalista la situación vivida.
- f) La negación, en la que el individuo se niega a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa.
- g) La catarsis, en la que el sujeto se enfrenta a los conflictos y amenazas realizando alguna actividad que conlleve la descarga o canalización de sentimientos que producen malestar, por ejemplo el llanto, hacer deporte, etc.
- h) La relajación, mediante esta estrategia el sujeto busca descanso y tranquilidad para reducir el malestar impuesto por la situación vivida.
- i) La acción directa, en la que el individuo se enfrenta a los conflictos y amenazas tratando de solucionar directamente los problemas y buscando soluciones.
- j) La redefinición de la situación, en la que el sujeto se implica en la búsqueda de una visión más positiva y tranquilizadora del hecho en sí, razonando desde otro punto de vista o solicitando una segunda opinión diferente.

Otro concepto importante es la noción de *preparación en el afrontamiento* de pacientes con cáncer para la experiencia de la quimioterapia. Esta intervención psicológica se considera como una medida preventiva iniciada antes de los tratamientos y que comienza a tener una atención destacable por parte de la investigación. Por ejemplo, como investigación pionera, Johnson, Nail, Lauver, King y Keys (1988) demostraron el valor de la preparación psico-educativa con pacientes con cáncer de próstata bajo tratamientos radioterapéuticos. En este estudio, los pacientes recibían bien información rutinaria clínica o bien, esa información más una adicional en la que se mencionaban aspectos específicos de su propio afrontamiento a la enfermedad. Los resultados indicaron que, aunque los niveles de malestar emocional eran relativamente bajos en ambos grupos, los pacientes que recibían la información adicional mostraron menos interrupciones en sus actividades diarias durante la radioterapia que los pacientes del grupo control. Otros autores también han realizado estas intervenciones en términos de preparación para la enfermedad,

especialmente para afrontar los efectos adversos de la quimioterapia, encontrándose de nuevo importantes beneficios en el ajuste a la enfermedad (Burish, Snyder y Jenkins, 1991; Roberts, Piper, Denny y Cuddeback, 1997; Font y Rodríguez, 2007).

### **1.1.3. Depresión y ansiedad**

Parece existir acuerdo entre los investigadores (Ritterband y Spielberger, 2001; Citero, Nogueira-Martins y Lourenço, 2003; Passik, McDonald y Dugan, 2004; Alonso-Fernández, 1989; (Grossarth-Maticsek y Eysenck, 1990; 1991; Jansen y Muenz, 1984; Ortega-Monasterio, 1993; Pettingale, Burgess y Greer, 1988) en la consideración de la depresión como el estado psicológico más a menudo asociado al cáncer. Al repasar la historia de la psicopatología, destaca la primera descripción de un cuadro de una posible depresión, hecha en Grecia por Hipócrates, en la que se describían síntomas de “aversión a la comida, falta de ánimo, insomnio, irritabilidad e inquietud...”, y su asociación con el estado de melancolía. Esta teoría estaba basada en la presencia de cuatro humores o fluidos esenciales (bilis, flema, sangre y bilis negra), en la que la melancolía sería un desequilibrio de esos humores, con el predominio de la bilis negra (Cordás, 2002).

En relación al cáncer, uno de los estudios prospectivos pioneros en el campo fue llevado a cabo por Shekelle y cols. (1981), en el que se encontró que la depresión elevada, evaluada en estudiantes de medicina, se relacionaba con un incremento del riesgo de muerte por cáncer 17 años después de la medición, incluso controlando una variedad de conductas de riesgo. En este sentido, como apuntan Barreto, Capafons e Ibáñez (1987), habría que distinguir la depresión como variable premórbida o previa al surgimiento del cáncer, con implicaciones etiológicas, de la depresión como una reacción ante el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad.

Derogatis y cols. estimaron ya en 1983 que el 35% de los pacientes con cáncer cumplen los criterios para depresión durante su enfermedad. Posteriormente, Mermelstein y Lesko (1992) recogieron que la prevalencia de trastornos depresivos en la población de pacientes oncológicos es cuatro veces mayor que en la población general. Más recientemente, autores como Ritterband y Spielberger (2001) aseguraron que esta prevalencia puede alcanzar hasta un 85%. Sin

embargo, las tasas de prevalencia de depresión varían y parecen afectar entre el 9% al 58% de las personas diagnosticadas con cáncer (Massie, 2004; Pirl, 2004). Esta variabilidad parece deberse a la falta de estandarización en términos de edad y género de la población estudiada, etapa y localización de la enfermedad, tamaño de la muestra, instrumentos de evaluación, puntos de corte, tipo de medida y criterios diagnósticos empleados (Massie, 2004; Trask, 2004).

No sólo existe sintomatología depresiva sino que también se han encontrado elevadas puntuaciones en ansiedad en el curso de la enfermedad (Cardenal, Rodríguez, Cruzado, González, González y Roa, 2008; Cruzado, y otros, 2005; Akechi, Okamura, Nishiwake y Uchitomi, 2002; Pessin, Rosenfeld y Breitbart, 2002), desde la presencia de un tumor de pecho no diagnosticado (Morris y Greer, 1980; Hughes, 1985), a la biopsia (Greer y Morris, 1975) y las recidivas de la enfermedad (Hughes, 1985; Holland y Rowland, 1989). Son numerosas las investigaciones que destacan la presencia de trastornos de ansiedad incluso antes del diagnóstico de cáncer (Cardenal, Rodríguez, Cruzado, González, González y Roa, 2008). Así, algunos estudios han constatado que las mujeres que participan en las pruebas complementarias de *screening* de cáncer de mama sufren un impacto psicológico elevado y mayor que el experimentado por las mujeres que se someten únicamente a las pruebas rutinarias. Este fenómeno ha sido observado tanto a corto plazo (durante los días cercanos a la prueba (Cockburn, Staples, Hurley y De Luise, 1994), como a más largo plazo (3 meses después de la segunda prueba de mamografía), independientemente del resultado de la prueba. Estos últimos autores concluyeron indicando que la afectación psicológica (ansiedad) y la percepción de riesgo permanecían en el tiempo, a pesar de que las mujeres habían sido adecuadamente informadas sobre la inexistencia de cáncer.

Finalmente, es de interés destacable la consideración de los estados emocionales específicos de desamparo/desesperanza, asociados a la depresión y relacionados igualmente con el cáncer (Brothers y Andersen, 2009; Rodríguez, Bayón, Orgaz, Torres, Mora y Castelo, 2007; Vinaccia, 2003). También se ha sugerido que la desesperanza parece ser un constructo psicológico importante para comprender la adaptación al estrés y a la enfermedad (Abbey, Rosenfeld, Pessin y Breitbart, 2006). Incluso la desesperanza puede ser clave para predecir la calidad de vida relacionada con la salud (Gustavsson-Lilius, Julkunen y Hietanen, 2007). Esta variable fue descrita por Temoshok y cols. (1985) y fue asociada con el desarrollo de melanomas, aunque

también ha sido considerada como predictora tanto del cáncer de mama antes de la biopsia (Wirsching, Stierling, Hoffman, Weber y Wirsching, 1982), como de las recaídas de la misma enfermedad (Greer y Watson, 1985; Jensen, 1987). Además, en numerosos estudios correlacionales, los sentimientos de desesperanza en pacientes con recaídas se han asociado a morbilidad psiquiátrica, dificultades emocionales (Akechi, Okamura, Nishiwake y Uchitomi, 2002; Okano, Okamura y Watabe, 2001; Northouse, Templin y Mood, 2001), pobre calidad de vida (Northouse, Mood y Kershaw, 2002) y pérdida del apoyo social (Akechi, Okuyama, Imoto, Yamawaki y Uchitomi, 2001). Por último, la desesperanza que experimentan estos pacientes tiende a asociarse a los tratamientos (Aranda, Yates y Edwards, 2004), la fatiga, el empeoramiento de la salud (Andersen, Shapiro, Farrar, Crespín y Wells-DiGregorio, 2005; Oh, Heflin y Meyerowitz, 2004) y la pérdida potencial de calidad de vida (Helgeson y Tomich, 2005).

#### **1.1.4. Apoyo social**

El apoyo social ha sido considerado como un generador de beneficios generales para la salud (Mendes de Leon, Gold, Glass, Kaplan y George, 2001; Giles, Metcalf, Glonek, Luszcz y Andrews, 2004; Avlund, Lund, Holstein, Due, Sakari-Rantala y Heikkinen, 2004; Cohen y Wills, 1985). Así pues, se considera un mecanismo mediador entre el estrés y la enfermedad, que elimina o reduce la reacción psicológica al estrés a través de la modulación del mismo (Cohen y Wills, 1985; Levine, Coe y Wiener, 1989). Esta importancia de las relaciones del apoyo social con respecto a la salud ha sido demostrada por un amplio número de estudios (Penninx, Tilburg, Kriegsman, Boeke, Deeg y Eijk, 1999; Allen, Ciambone y Welch, 2000; Lindsay, Smith, Hanlon y Wheatley, 2001; Murberg y Bru, 2001; Cohen, 1988; House, Landis y Umberson, 1988; Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996). En relación al cáncer, varios estudios sugieren que el apoyo social puede afectar de forma considerable al pronóstico de la enfermedad (Falagas, Zarkadoulia y Loannidou, 2007).

Ya en 1988, House y cols. demostraban que la magnitud de las relaciones entre integración social y la mortalidad ajustada a la edad es comparable con el efecto de las conductas saludables o, de forma inversa, a los factores de riesgo como fumar o los altos niveles de colesterol. Otros autores (p. ej., Rodríguez, 1995) encuentran que el apoyo social también puede

incrementar la ejecución de las prescripciones médicas, ayudando al enfermo a poner en práctica las recomendaciones terapéuticas (Rosa, Martín y Bayarre, 2007; Vinaccia, Margarita Quiceno, Zapata, Obesso y Quintero, 2006). La otra manera de influencia del apoyo social en la salud es a través de la mediación neuroendocrina, que podría afectar a la angiogénesis y promoción del tumor (Steel, Comey, Carr y Baum, 2004; Antoni, Lutgendorf y Cole, 2006; Lutgendorf, Cole y Costanzo, 2003).

Respecto a los estudios de intervención, éstos han demostrado que el incremento de las relaciones de apoyo social es capaz de alargar la supervivencia al igual que la calidad de vida de los pacientes con cáncer (Brixa, Schleussner, Füllber, Roehrig, Wendt y Strauss, 2008; Perchon, Palma y Magna, 2008; Meyers y Mark, 1995; Spiegel, 1989; Spiegel, 1989; 1990; Fawzy, Fawzy y Hyun, 1993; Richardson, Zarnegar, Bisno y Levine, 1990; Van der Pompe, Antoni y Heijnen, 1996), aunque no todos los estudios replican estos resultados (Cruz, Gómez, Gómez, López, Moral y Rodríguez, 2006; Lin, Dean y Ensel, 1983).

En términos generales, tanto Levy y Wise (1988) como otros autores (Moreno y Ximénez, 1996) han llegado a manifestar que la calidad del apoyo social es de vital importancia para esta población de enfermos. Esto es así porque a través del apoyo social, el modelado y el refuerzo por parte de otras personas, se favorecen conductas de enfrentamiento activo para la solución de problemas, permitiendo así que los individuos aprendan a desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas ante situaciones críticas. Otros autores mantienen que es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del apoyo social que el apoyo que realmente recibe (Katz y Neugebauer, 2001). La percepción de disposición de apoyo protege a las personas de los efectos adversos de los eventos estresantes (Cohen y Herbert, 1996; citados por Gómez, Pérez y Vila, 2001). También hay autores que plantean que la adaptación a una enfermedad tan estresante como el cáncer depende de factores como el apoyo social (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Margarita Quiceno, 2007).

Algunos investigadores han estudiado la relación entre el apoyo social, el tamaño de las redes sociales, la mortalidad/salud física (Avlund, Lund, Holstein, Due, Sakari-Rantala y Heikkinen, 2004; Berkman y Syme, 1979; House, Landis y Umberson, 1988; Wallston, Alagna, DeVellis y DeVellis, 1983; Cohen S., 1988) y el ajuste psicosocial durante o siguiente a los eventos vitales

estresantes (González y Landero, 2008; Cassell, 1976; Cobb, 1976; House, Landis y Umberson, 1988; Turner, 1983; Kessler y McLeod, 1985). Lin y cols. (1983) demostraron que el apoyo instrumental y emocional de un confidente disminuía considerablemente la depresión siguiente a un evento vital estresante. Otros estudios han mostrado que los efectos del apoyo social parecen ser óptimos bajo condiciones estresantes (Kiecolt-Glaser y Greenberg, 1984), pero parecen limitados durante periodos de bajo estrés (Cohen y Mckay, 1984; Nichols, Cassel y Kaplan, 1972). Los estudios metanalíticos llevados a cabo por Uchino y cols. en 1996 ponen de manifiesto que la dimensión más importante del apoyo social y más influyente en la salud es el apoyo social emocional. También hay datos considerables para afirmar que el apoyo social funciona como un factor de recurso, siendo beneficioso independientemente de la existencia o no de estrés. El apoyo social, fundamentalmente el emocional, es una necesidad humana primaria y su privación conlleva por tanto un estado deficitario negativo.

Por otro lado, gran cantidad de literatura al respecto sugiere que la disponibilidad o el incremento del apoyo social durante los momentos de estrés vital parecen disminuir los trastornos del estado de ánimo. Esta hipótesis, conocida como *hipótesis de la amortiguación*, identifica dos mecanismos a través de los cuáles el apoyo social disminuye los efectos aversivos del estrés (Cohen y Wills, 1985):

- a. Reduciendo la percepción de amenaza respecto al evento estresante.
- b. Reduciendo o amortiguando la respuesta de estrés ante la amenaza.

Desafortunadamente, algunos eventos vitales, como el diagnóstico de cáncer, parecen conllevar una disminución del número o patrones de contactos de apoyo. Los efectos de la enfermedad física y el tratamiento (como fatiga, dolor, náuseas, etc.) pueden conducir a la disminución de la oportunidad de contacto social. Bloom y Spiegel (1984) demostraron que los pacientes con cáncer pueden a veces reducir sus actividades sociales, dando paso a la limitación de oportunidades para mantener y recibir interacciones de apoyo. Respecto a esta problemática, el apoyo parece menos disponible en enfermos de cáncer, debido al peligro e incomodidad que las redes de amistad parecen sentir hacia un amigo enfermo (Peters-Golden, 1982), aunque estos datos no son del todo concluyentes (Vinaccia, Margarita Quiceno, Zapata, Obesso y Quintero, 2006). Así, los pacientes con cáncer se enfrentan con un evento vital monumentalmente

estresante con el que parecen disminuir los recursos de apoyo social. Es importante distinguir que esta disminución del apoyo social se da en los momentos en que suele ser más necesitado y puede generar mayor impacto en el sujeto.

Por su parte, la pérdida de relaciones emocionales significativas tanto en la infancia (LeShan, 1966; Scherg y Blohmke, 1988), como en la edad adulta (Geyer, 1993; Moss, 1980; (Muslin, Gyarfas y Pieper, 1996), ha sido considerada como un factor de riesgo significativo para el desarrollo del cáncer. La categoría de pérdida del apoyo social viene referida a la pérdida de personas queridas para el sujeto, así como a una pobre red de relaciones sociales y familiares y a una disminución o interrupción de los apoyos y refuerzos afectivos que todo individuo necesita. Las personas que sufren o han soportado alguna de estas situaciones se han visto más proclives a padecer un cáncer. Además, esta variable se ha relacionado en muchos trabajos con la depresión (Brown y Harris, 1978). Los estudios que han encontrado asociaciones significativas con el cáncer, han analizado la pérdida del apoyo social/afectivo desde tres perspectivas:

- a. Pérdida temprana de los padres o falta de figuras parentales cercanas (Cheang y Cooper, 1985; Shaffer, Duszynski y Thomas, 1982).
- b. Pérdidas recientes de seres queridos por muerte, separación o divorcio (Cooper, 1988; Eysenck, 1987; Holland y Rowland, 1989; Horne y Picard, 1979; Leshan, 1959; Levenson y Bemis, 199; Levy y Heiden, 1990).
- c. Inadecuado y pobre soporte social y afectivo en la vida diaria de una persona (Levy, Herberman, Maluish, Schilien y Lippman, 1985).

También ha recibido gran interés por parte de los investigadores el estado de aflicción creado por la muerte de seres queridos, en especial padres, esposos o hijos. Se ha constatado que estos sucesos en la vida de una persona producen una serie de cambios importantes en su equilibrio psicofísico que van desde la agitación, llanto, trastornos del sueño, hasta alteraciones endocrinas, inmunológicas y en última instancia, en algunos casos, cáncer (Lutgendorf, Sood, Anderson, McGinn, Maseri y Dao, 2005; Chochinov y Holland, 1990; Hofer, 1984). Así mismo, existen indicios de que un apoyo social deficiente podría estar relacionado con una baja actividad de las células naturales asesinas (Levy, Herberman, Maluish, Schilien y Lippman, 1985), lo que favorecería la aparición no sólo de recidivas sino también de la enfermedad. De hecho, en otro

estudio de Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil en 1989, se aplicó tratamiento psicológico para potenciar los vínculos de apoyo social, incrementándose notablemente el tiempo de supervivencia en mujeres con cáncer de mama metastásico. Todo esto llevó a Velázquez, García, Alvarado y Ángeles (2007) a considerar que las pérdidas significativas estaban asociadas al padecimiento del cáncer.

En resumen, el apoyo social es un factor vital para lograr una estabilidad emocional. Se considera que en la vida adulta el contar con una adecuada relación con la familia de origen, un satisfactorio núcleo familiar, una rica red de relaciones interpersonales (amigos, compañeros, etc.) protege al individuo en gran medida contra posibles enfermedades. Por último, cabe destacar que las mujeres muestran mayor capacidad de recuperación ante la aflicción producida por estas pérdidas que los hombres (Cardenal, 2001).

Por otro lado, existen estudios que mantienen que objetivamente estos enfermos no presentan más estresores en su vida cotidiana que la población sana (Courtney, Longnecker, Theorell y Gerhardsson, 1993). Sin embargo, en relación a los eventos vitales, en la investigación llevada a cabo por Cooper (1988), se encontró una correlación significativa entre la severidad del cáncer de mama y la percepción de las pacientes respecto a la gravedad de los diferentes eventos vitales, fundamentalmente la muerte del esposo y/o algún amigo cercano.

#### **1.1.5. Optimismo vital**

El optimismo disposicional se refiere a aquellas expectativas positivas generalizadas sobre un resultado, es decir, es la creencia de que el futuro deparará más éxitos que fracasos (Scheier y Carver, 1985; Carver y Scheier, 2002; Chang, 2001; Scheier, Carver y Bridges, 2001). En los últimos años varios estudios muestran la relación entre optimismo y variables psicológicas (Ortiz, Ramos y Vera-Villaruel, 2003) y de salud (Friedman, y otros, 2006; Friedman, Kalidas y Elledge, 2006 ; Chang, 2001; Chang, Maydeu-Olivares y D'Zurilla, 1997). Se ha encontrado que el optimismo disposicional predice un mejor pronóstico en pacientes coronarios (Davidson y Prkachin, 1997; King, Rowe, Kimble y Zerwic, 1998; Shepperd, Maroto y Pbert, 1996) y en enfermos de cáncer (Friedman, Kalidas y Elledge, 2006; Friedman, Webb, Bruce, Weinberg y

Cooper, 1995; Johnson, 1996; Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik y Karesen, 2004). También se ha encontrado que el optimismo disposicional es un predictor de morbilidad, tanto de enfermedades físicas como psicológicas (Mroczek, Spiro, Aldwin, Ozer y Bosse, 1993; Peterson, Seligman y Vaillant, 1988). Hay autores que explican estos resultados relacionándolos con la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento (Carver y Scheier, 2002; Scheier y Carver, 1985; Stanton y Zinder, 1993; Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León y González-Jareño, 2006). Por ejemplo, algunos estudios establecen que los sujetos optimistas tienen más estrategias de afrontamiento centradas en el problema que los pesimistas, de hecho éstos últimos tienden a negar y no comprometerse con las metas, centrándose principalmente en las emociones negativas (Carver y Gaines, 1985; Scheier, Weintraub y Carver, 1986). También los optimistas parecen superar mejor las experiencias negativas relacionadas con el cáncer a través de relaciones basadas en el apoyo social (Lepore y Ituarte, 2008).

Pero también existen otras explicaciones que establecen que las emociones positivas relacionadas con el optimismo pueden tener una función biológica protectora asociada al funcionamiento de diversos sistemas psicobiológicos (Vázquez y Castilla, 2007). En este sentido, es conocido que la inducción de un estado de ánimo positivo (por ejemplo a través de la visualización de una película de humor) puede mejorar la respuesta inmune inmediata, evaluada por medidas de inmunoglobulina A en saliva (Solomon, Amkraut y Kasper, 1974; Dillon, Minchoff y Baker, 1985). En cambio, emociones negativas como la depresión pueden provocar cambios fisiológicos directos (Penninx, Geerlings, Deeg, van Eijk, van Tilburg y Beekman, 1999), psiconeuroinmunológicos y endocrinos (Kiecolt-Glaser y Glaser, 2002) que repercutan directamente sobre el estado de salud. Además, las emociones negativas también pueden repercutir en el cumplimiento terapéutico y la motivación para recuperarse de la enfermedad.

En relación al cáncer, variables relacionadas con el estado de ánimo positivo como la esperanza o el optimismo son de las más estudiadas (Avia y Vázquez, 1998; Carver y Scheier, 2002). También en estos casos, se relaciona el optimismo con la utilización de estrategias de afrontamiento más adaptativas. En este sentido, las pacientes más optimistas reflejan un mejor ajuste psicológico tras un diagnóstico de cáncer de mama (Epping-Jordan, Compas, Osowiecki, Oppodisano, Gerhardt y Primo, 1999) y un afrontamiento más activo tras la cirugía de mama (Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier y Robinson, 1993). Por otro lado, los optimistas suelen

generar unas respuestas inmunológicas más competentes que los pesimistas al evaluarse parámetros como la actividad citotóxica de las células Natural Killerss (Sieber, Rodin, Larson y Ortega, 1992). El optimismo también se relaciona positivamente con el apoyo social percibido, determinante en el ajuste y afrontamiento de enfermedades oncológicas (Brissette, Scheier y Carver, 2002; Matthews y Cook, 2009).

## **2. CALIDAD DE VIDA EN LA INVESTIGACIÓN ONCOLÓGICA**

La noción de Calidad de Vida permite establecer una dimensión más para el diagnóstico de la enfermedad, indicando a su vez, en qué medida una enfermedad influencia la vida de la persona y su funcionamiento adaptativo y qué impacto genera la enfermedad en las redes sociales e individuales. Se trata de un concepto complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003), especialmente cuando se trata de enfermedades crónicas como el cáncer. Además, se considera un índice global que atiende básicamente a la capacidad funcional del paciente (Karnofsky y Burchenal, 1949). Este concepto también incorpora el funcionamiento adaptativo en las áreas física, psicológica y social, establecidas en la catalogación de la salud por la OMS.

La importancia de la valoración de la calidad de vida en los pacientes oncológicos reside en un acercamiento más integral y biopsicosocial a la enfermedad, a fin de valorar el impacto de la misma en el funcionamiento adaptativo del sujeto. Este impacto en la calidad de vida es diferente según la persona y su variación depende de la severidad del proceso neoplásico, los factores disposicionales, así como el afrontamiento de la enfermedad. En general, la salud y el bienestar, conceptos relacionados con la calidad de vida, suelen verse afectados cuando aparece una enfermedad crónica, ya que el paciente puede experimentar un empeoramiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades. Otros autores (Schwartzmann, 2003) sostienen que el aumento en la esperanza de vida hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de estos pacientes. Por ello, en los últimos años, este campo de investigación ha experimentado un desarrollo considerable (Klee, King, Machin y Hansen, 2000).

Algunas de las respuestas psicológicas y sociales que provoca el impacto del diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer en el paciente se encuentran relacionadas con varios aspectos referentes a la calidad de vida del sujeto. Entre ellas, la ansiedad, la depresión, la falta de energía, las disfunciones sexuales, las dificultades laborales y los sentimientos de soledad forman parte de los problemas de los pacientes con patologías cancerígenas (Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky y Schmale, 1983; Holland y Rowland, 1989; Tross y Holland, 1989; Spiegel, 1990; Maher, Mackenzie y Young, 1996). Por ello, en la actualidad el estudio de la calidad de vida es propuesto como un aspecto relevante de la atención integral al paciente de cáncer, desarrollándose como una de las áreas de especial interés desde el punto de vista de la psicooncología (Ferrero y Barreto, 1992).

A pesar de que el comportamiento del tumor, el intervalo libre de enfermedad y la supervivencia siguen en el centro del interés en la investigación clínica del cáncer, han surgido consideraciones sobre la calidad de vida como componente necesario del proceso de evaluación e intervención. Las evaluaciones de la calidad de vida se han utilizado para una variedad de investigaciones dentro de la oncología, entre las cuales se incluyen: la descripción de la naturaleza y alcance de los problemas funcionales y psicosociales a los que se enfrentan los pacientes en las diversas etapas de la enfermedad; la determinación de la necesidad de posibles intervenciones conductuales o psicofarmacológicas; y las evaluaciones sobre la calidad de la atención y la eficacia de las intervenciones médicas o psicosociales; etc. (Aronson, 1988).

Por otro lado, los avances de la oncología han posibilitado que existan terapéuticas con un gran potencial curativo. Estos tratamientos médicos afectan física, social y psicológicamente la vida y el estado de los pacientes, lo que conlleva un esfuerzo adaptativo considerable. De ahí la necesidad del estudio de los posibles problemas funcionales y psicosociales asociados al cáncer y la importancia de las intervenciones psicológicas como respuesta a los mismos. La amenaza a la existencia, el sentimiento de incertidumbre e incontrolabilidad que suscita el diagnóstico de cáncer, los cambios corporales tras la cirugía, los síntomas y signos secundarios a la quimioterapia y radioterapia, los cambios en el estilo de vida, las repercusiones que el proceso de la enfermedad tiene en la vida socio-familiar y laboral de los enfermos, etc. legitiman la investigación de las consecuencias del diagnóstico y su tratamiento. En la mayoría de investigaciones se han venido estudiando cuatro áreas de evaluación de la calidad de vida en las

que se valora el impacto de la enfermedad oncológica en general y/o los tratamientos diversos del cáncer: capacidad funcional, síntomas derivados de la enfermedad y su tratamiento, funcionamiento social y funcionamiento psicológico (Spitzer, y otros, 1981; Ware, 1987; De Haes y Van Knippenberg, 1986; Aaronson, 1988; Gilbar, 1991; (Leitgeb, Perchestorfer, Fritz y Ludwing, 1994; Font, 1994; Wan, Counte y Cella, 1997; Weitzner y Meyers, 1997; Bloom, Stewart, Johnston y Banks, 1998; Broadhead, Robinson y Atkinson, 1998; Zittoun, Achard y Ruzniewski, 1999). El estudio de la capacidad funcional en la enfermedad neoplásica se refiere al grado en que la enfermedad afecta a las actividades de la vida diaria, la limitación y/o dificultad en la realización de actividades, por ejemplo, desempeñar un trabajo o tareas rutinarias. La evaluación de los síntomas de la enfermedad y el tratamiento conlleva conocer el dolor, la sintomatología asociada a la enfermedad y la valoración personal que el paciente realiza sobre su salud actual. El funcionamiento social y el funcionamiento psicológico abarcan áreas destinadas a las actividades vinculadas a la vida social habitual y al estado anímico y emocional del paciente.

También el concepto de calidad de vida se ha utilizado especialmente en el ámbito oncológico para debatir los objetivos de los tratamientos, generalmente de gran agresividad (Gómez, Pinto y González, 2006; Rodríguez-Marín, 1995). Existen numerosos estudios que han mostrado un impacto negativo sobre la calidad de vida de pacientes que reciben tratamiento por padecer leucemia o linfoma (Zittoun, 1993). En concreto, estos pacientes pueden pasar largos períodos en aislamiento como preparación a un trasplante medular, y los tratamientos ligados a la enfermedad cancerígena han sido asociados en numerosas ocasiones con elevados niveles de ansiedad y depresión (Razavi, Delvaux y Farvacques, 1990; Molassiotis, Van der Akker y Milligan, 1996).

Incrementar la calidad de vida de los pacientes es la principal inquietud en cálculos de riesgos-beneficios del tratamiento. Por ello, las organizaciones nacionales de oncología a nivel mundial están recomendando la inclusión de medidas de calidad de vida en los ensayos clínicos (Moinpour, 1992). Por ello, el impacto de estos procedimientos en la experiencia de la calidad de vida de los pacientes es de un interés creciente, viniendo a formar parte de las pautas de actuación clínica y de las decisiones terapéuticas en cuanto a la administración de uno u otro tratamiento (Puente-Maestu y Villar, 2006; Winer, 1994; Broadhead, Robinson y Atkinson, 1998;

Zittoun, Achard y Ruszniewski, 1999). Todo ello ha favorecido un cambio en la mentalidad de los oncólogos clínicos, considerándose la necesidad de introducir en los ensayos clínicos conceptos como la calidad de vida, importantes para tomar decisiones terapéuticas y conocer la eficiencia de las intervenciones sanitarias, con el objetivo de conseguir el mayor grado posible de salud en el paciente con cáncer (Yarbro, 1991; Sacristán, Soto, Reviriego y Galende, 1994).

Es importante destacar que la Calidad de Vida no es una variable comúnmente utilizada en la evaluación de las intervenciones en salud. De hecho, no está bien definido su concepto y se carece de información suficiente tanto en relación a su evaluación como a su validez como indicador pronóstico. A pesar de la existencia de un amplio conjunto de instrumentos para evaluarla, predomina la ausencia de un instrumento que la valore en profundidad. En su mayoría, estos índices tienden a la evaluación clínico-terapéutica y psicológica para estudios puntuales en determinados períodos de la enfermedad. No obstante, la profundización en el estudio de la Calidad de Vida abre grandes perspectivas de investigación además de ser una fuente importante de información valiosa para enfermos, psicólogos y médicos que deben decidir entre diferentes estrategias de tratamiento.

### **2.1. Inter-relaciones entre el sistema nervioso y el sistema endocrino-inmunológico**

El sistema nervioso y el hormonal actúan estrechamente para constituir el *sistema neuroendocrino*. Cuando llega al organismo información procedente de un estímulo emocional se activan los sistemas neuroendocrinos hipotálamo-hipófisis-adrenocortical (secreción de glucocorticoides) y el simpático-adrenomedular (secreción de catecolaminas), así como también el sistema nervioso autónomo.

Desde los trabajos de Selye en los años 30 se sabe que los niveles elevados de cortisol que se producen durante los estados de estrés pueden alterar el sistema inmunológico y suprimir sus respuestas. Los mecanismos que sirven de respuesta ante el estrés también afectan al funcionamiento del sistema inmunológico. Como caso similar, la infección puede considerarse como un estresor, pues constituye una amenaza para el organismo y da paso a una serie de respuestas compensatorias. Estas observaciones muestran que las respuestas inmunológicas y

de estrés (autonómicas y endocrinas) interaccionan unas con otras. Además, una característica del sistema neuroendocrino es precisamente la gran sensibilidad de éste a los diferentes estímulos con propiedades emocionales. Por ello, actualmente no existe duda sobre la idea de que no existe una sola hormona que no sea modificada ante el estrés (Sandín, 1989).

La estructura del *Factor Liberador de Corticotropina* (CFR) fue establecida hace 30 años, y este descubrimiento ha contribuido considerablemente al conocimiento de la afectación de los ejes hipotalámicos en respuesta al estrés, la depresión y otras variables psicológicas que rodean al paciente. En el eje hipotalámico-pituitario-adrenal, el CFR es liberado por neuronas del núcleo paraventricular, y luego transportado hasta la hipófisis anterior, donde estimula la secreción de la hormona *adenocorticotropina* o ACTH (Carlson, 1996; Leng y Russell, 1998). Esta hormona pasa a la circulación periférica y estimula la secreción de glucocorticoides. Los glucocorticoides a su vez generan una retroalimentación negativa sobre la hipófisis anterior, el hipotálamo y el hipocampo, lo que mantiene los niveles de cortisol en el rango esperado. La liberación de glucocorticoides en situaciones de estrés eleva el nivel de glucosa y ácidos grasos en la sangre, aumenta el flujo sanguíneo y favorece las respuestas conductuales, al tiempo que se inhiben las actividades vegetativas innecesarias en tales momentos (Carlson, 1996).

Los *glucocorticoides*, fundamentalmente el cortisol, tienen un gran impacto en los procesos inflamatorios e inmunológicos. De hecho, la activación a largo plazo de los glucocorticoides puede generar efectos dañinos en la salud, por ejemplo, el aumento en la presión sanguínea, el daño en el tejido muscular, la diabetes, la infertilidad, la inhibición del crecimiento y de las respuestas inflamatorias e inmunológicas (Carlson, 1996) e incluso daños en estructuras cerebrales como el hipocampo (Sapolsky y Donnelly, 1985; McEwen, 1998). El cortisol afecta tanto a la inmunidad innata, es decir aquella que no necesita de la exposición previa al antígeno para su funcionamiento, como a la inmunidad adquirida para luchar contra patógenos específicos. En cuanto a la primera, el cortisol disminuye la actividad de los macrófagos (y la producción de IL-1 por los mismos) y las células Natural Killers (NK). Especialmente relevante para el cáncer es la reducción en el número y actividad de las NK producida por el cortisol. Las NK están programadas genéticamente para reconocer células tumorales o infectadas por virus y constituyen la primera línea defensiva frente a estas agresiones. En cuanto a la inmunidad específica, el cortisol disminuye el número y actividad de los linfocitos T ayudantes (y la

producción de IL-2 por los mismos) y la actividad de los linfocitos B. Es de destacar que los linfocitos T ayudantes son los que ponen en marcha el proceso de la inmunidad adquirida dando pie a la diferenciación y proliferación de células inmunológicas específicas para proteger frente a un antígeno.

La *noradrenalina*, ya sea segregada por la médula adrenal o por las terminaciones nerviosas simpáticas, mediante el sistema alfa-adrenérgico, favorece una redistribución de los linfocitos, poniéndolos en circulación, fuera de los órganos de almacenamiento, lo que puede incrementar su capacidad para viajar a los lugares de infección. Se ha observado que el estrés aumenta su liberación en algunas zonas del cerebro tales como el hipotálamo, la corteza frontal y el cerebro frontal basal lateral (Yokoo, Tanaka, Yoshida, Tsuda, Tanata y Mizoguchi, 1990; Valdés y De Flores, 1985; Cenci, Kalen, Mandel y Björklund, 1992; Funk y Stewart, 1996). Por otro lado, los efectos de las catecolaminas sobre el sistema inmunológico aún no se encuentran claramente establecidos, dependiendo del parámetro inmunológico evaluado y del protocolo utilizado. Parece que tienen capacidad para aumentar o disminuir el desarrollo y la capacidad de reacción de diversas células inmunológicas. No obstante, si el panorama es, en cierta forma, confuso sobre el papel inmunológico de las catecolaminas en general, diversos estudios concuerdan en mostrar que la secreción puntual de catecolaminas, al igual que el estrés agudo, aumentan el número y actividad de las NK (Schedloowski y Schmidt, 1996).

Existen numerosos datos clínicos y experimentales que muestran la relación entre los estados emocionales negativos y ciertos patrones fisiológicos (por ejemplo, el incremento de los glucocorticoides), lo que da paso a una reducción de la competencia inmunológica y a un aumento de la vulnerabilidad hacia las enfermedades asociadas al sistema inmune (cáncer, menor resistencia a las enfermedades infecciosas, etc.). En este sentido, Frankenhaeuser y Johnanson (1986) demostraron una relación diferencial entre el tipo de afrontamiento/emoción y las respuestas hormonales. Además de señalar la posibilidad de estrés sin malestar emocional (como ansiedad y depresión), también consideraron que el esfuerzo y el malestar emocional se asocian de forma diferente con los sistemas médula-suprarrenal (por ejemplo, adrenalina) y cortico-suprarrenal (por ejemplo, cortisol). De esta manera, es posible destacar la existencia de tres posibles combinaciones entre tales variables:

1. Esfuerzo y malestar emocional. Lo que conlleva una elevación conjunta en la secreción de catecolaminas y cortisol. Es el estado típico de estrés diario, producido por el esfuerzo dirigido a obtener y mantener el control personal.
2. Esfuerzo sin malestar emocional. Acompañado por una elevación en la secreción de catecolaminas y un mantenimiento o posible descenso de cortisol. Se caracteriza por un afrontamiento activo y exitoso, una alta implicación en la tarea y un alto grado de control personal.
3. Malestar emocional sin esfuerzo. Se asocia con la secreción incrementada de cortisol, aunque las catecolaminas también pueden elevarse pero menos que con el esfuerzo. Es un perfil típico en los estados depresivos, la pasividad y la indefensión aprendida. Implica sentimientos de pérdida de control personal y desesperanza.

### ***2.1.1. El modelo de las dos vías de Contrada, Leventhal y O'leary (1990): La interacción de los factores psicosociales y endocrino inmunológicos en el cáncer***

Estos autores (Contrada, Leventhal y O'Leary, 1990) consideran que la influencia de la personalidad predispuesta al cáncer, en interacción con un ambiente propicio, sobre el sistema inmune está mediada por la acción de dos sistemas. Por un lado, el sistema simpático-adrenomedular, que conllevaría en los sujetos predispuestos una respuesta simpática menos frecuente e intensa. Por otro lado, el eje hipotalámico-hipofisario-adrenocortical, que da paso a la liberación del cortisol, que en los sujetos predispuestos se activaría de forma más intensa y frecuente. Ambos tipos de respuesta tienen efectos negativos sobre el funcionamiento del sistema inmunológico, especialmente sobre las células Natural Killers.

Desde este modelo se asume que la depresión, la indefensión/desesperanza y la pérdida de apoyo social elevan la actividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenocortical; y que la evitación emocional, que conlleva baja emocionalidad, disminuye la actividad del sistema simpático-adrenomedular.

La *depresión* y la asociación de factores tales como la *indefensión*, la *desesperanza* y la *pérdida del apoyo social*, dan paso a una reducción de la función inmune, por medio de la mediación del

eje hipotálamo-hipofisario-adrenocortical. También este tipo de comportamientos favorecen conductas de riesgo como el uso del tabaco, el alcohol y la promiscuidad sexual, que tienen efectos carcinógenos por medio de la alteración del ADN o de la inmunosupresión. Constituyen a su vez, un camino por medio del cual los factores psicosociales son capaces de reducir la función de las células NK e influir sobre la iniciación, evolución y recurrencia del cáncer. La depresión está asociada con una serie de condiciones cognitivas y afectivas que se supone que son producto del entorno y de la historia de aprendizaje del sujeto. Estas condiciones, además de la falta de apoyo social, constituyen tanto patrones irracionales de pensamiento como pensamientos de desaprobación (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), situaciones de indefensión aprendida (Seligman, 1975) y situaciones en las que se produce una baja frecuencia de refuerzos (Lewinsohn, 1974).

En cuanto a la evitación emocional, los rasgos centrales en un individuo que presente este patrón son principalmente la baja expresión de emociones negativas y en general una reducción en la intensidad de los afectos expresados, lo que se hipotetiza conllevaría una menor activación de eje simpático-adrenomedular y una menor secreción de catecolaminas.

Estas personas llegan a experimentar una menor cantidad de emociones, especialmente negativas, que la gente sin este estilo de conducta. Esto conlleva una activación menos fuerte, menos frecuente y menos duradera del sistema simpático-adrenomedular y por tanto, un funcionamiento más pobre de las NK. Por otro lado, la evitación emocional se asocia claramente con una baja tendencia a notificar posibles síntomas de cáncer y como consecuencia, con una tardanza en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento médico.

En la Figura 1 aparecen reflejadas las principales influencias psicológicas que se dan en el cáncer, así como sus mecanismos fisiológicos mediadores, según Contrada, Leventhal y O'Leary (1990).

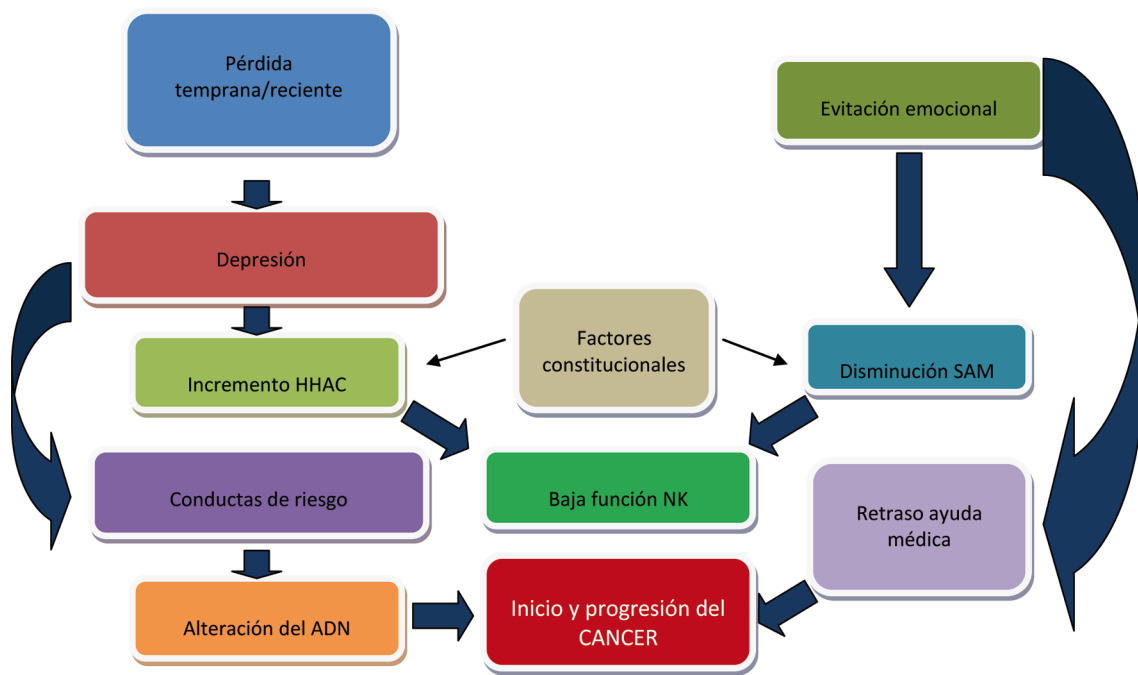


Figura. 1. Modelo explicativo de la influencia psicológica en el cáncer de Contrada, Leventhal y O'Leary (1990)

## **Capítulo III:**

### **Objetivos y Estructura General**

La presente investigación se inscribe dentro de un marco de referencia biopsicosocial que abarca las relaciones e influencias que pueden establecerse entre varios tipos de variables psicológicas (ansiedad, depresión, optimismo vital, estrés, estrategias de afrontamiento, racionalidad, necesidad de armonía, etc.), factores sociales (apoyo social percibido, eventos vitales destacables, etc.), factores psicoendocrinológicos contemplados como mecanismos mediadores (cortisol, subpoblaciones leucocitarias, marcadores tumorales, etc.), el curso y progresión de una enfermedad, en este caso cancerígena, y la calidad de vida resultante de los pacientes.

El objetivo general de la tesis es el estudio de las relaciones e influencia de algunas variables psicosociales (estrés, mecanismos de afrontamiento, estados emocionales, apoyo social, variables de personalidad, etc.) en la calidad de vida y el curso y pronóstico de las enfermedades onco-hematológicas. También aplicaremos este marco de referencia biopsicosocial para evaluar la relación entre variables psicosociales y el curso y evolución de los trasplantes de médula ósea.

Al programar el protocolo de nuestra investigación en pacientes hematooncológicos, no encontramos instrumentos de evaluación específicos adaptados a nuestros intereses para algunas de las variables. Una de las variables fundamentales a evaluar desde nuestro punto de vista biopsicosocial eran las situaciones generadoras de estrés y las estrategias que los pacientes ponen en marcha para su afrontamiento. La mayoría de los instrumentos disponibles hacen referencia a situaciones generales, no evaluando las situaciones estresantes específicas presentes en el paciente ni los mecanismos de afrontamiento particulares utilizados para cada una de estas situaciones. Algo similar nos encontramos respecto a la evaluación del apoyo social. Por ello, como paso previo para llevar a cabo nuestra investigación, en primer lugar elaboramos un instrumento para la evaluación del estrés y los mecanismos de afrontamiento asociados a la enfermedad del cáncer al cáncer (ISEAC, aplicado bajo entrevista) y una escala para la evaluación de los aspectos del apoyo social más asociados en la literatura con la salud-enfermedad (AS-25).

La tesis se presenta como un conjunto de estudios semi-independientes. Una vez expuesto el marco de referencia teórico y el objetivo general, en los siguientes capítulos se irán exponiendo

los distintos estudios realizados. Comenzaremos por la exposición el estudio llevado a cabo para la elaboración y validación del Inventario de estrés percibido y estrategias de afrontamiento para enfermos de cáncer (Capítulo IV). Posteriormente se expondrá el estudio realizado para la elaboración y validación de la Escala de apoyo social (Capítulo IV). El siguiente capítulo hace referencia a la predicción del pronóstico del cáncer hematológico (basado en el juicio clínico de un oncólogo experto) a partir de las variables psicosociales y el nivel de cortisol en saliva (Capítulo IV). La variable con mayor capacidad predictiva del pronóstico ha sido el apoyo social, por lo que el capítulo está fundamentalmente enfocado a las relaciones que mantiene el apoyo social con las demás variables predictoras en el cáncer hematológico. Seguidamente se presenta la investigación central de la tesis (Capítulo IV), consistente en el estudio de a) las variables psicosociales que se relacionan con la calidad de vida de los pacientes, b) las variables que predicen los estados emocionales (ansiedad y depresión), c) las variables psicosociales que predicen los parámetros biológicos relacionados con la evolución y curso de la enfermedad (marcadores tumorales, poblaciones leucocitarias, cortisol en sangre) y c) predicción del pronóstico del cáncer hematológico (a partir de los niveles del marcador tumoral) en función de las variables psicosociales. Finalmente, en el Capítulo IV se presentan los datos de un estudio en el que hemos evaluado la capacidad de algunas variables psicosociales para predecir el curso y pronóstico del trasplante de médula ósea.

## **Capítulo IV:**

# **Validación de un Inventario de Estrés Percibido y Estrategias de Afrontamiento para enfermos de cáncer (ISEAC)**

## 1. INTRODUCCIÓN

El concepto de estrés es central dentro de un acercamiento biopsicosocial a la salud. Es el constructo más utilizado para explicar la relación entre acontecimientos ambientales, respuestas fisiológicas y salud. Desde el enfoque psicosocial del estrés, son las demandas psicosociales las que generan y ponen en marcha las respuestas de estrés que finalmente, si son muy frecuentes, intensas, duraderas o el proceso de habituación a las mismas está disminuido, podrán afectar a la salud. Dentro de estas demandas podemos distinguir tres tipos, los sucesos vitales (eventos intensos y extraordinarios), los sucesos menores o estresores diarios (más frecuentes pero menos intensos) y las situaciones de estrés o tensión crónica (Sandín y Chorot, 1993). Existen numerosísimos ejemplos en la literatura de cómo las demandas psicosociales, bien directamente o mediante la generación de estados emocionales negativos, afectan a parámetros cardiovasculares, neuroendocrinos e inmunológicos, y en último término, al resultado de salud (Palmero, Gómez y Guerrero, 2007; Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006; Ramos, Rivero y Piqueras, 2008; Aguayo, 2007). De esta forma, el estrés puede considerarse como un relevante factor predisponente y precipitante respecto a un amplio conjunto de trastornos somáticos (Aguayo, 2007). Para cada uno de estos tipos de estrés hay disponibles actualmente varios instrumentos de medida, en los que se suele evaluar la posible ocurrencia de acontecimientos vitales de entre una lista previa que incluye muchos posibles y, en el caso de haber estado presente, el impacto sufrido por la persona (Sandín, 1999). Algunos de estos instrumentos han sido adaptados a sectores específicos de la población (Fernández Seara y Mielgo, 1992; Martínez-Correa y Reyes del Paso, 2003). Las investigaciones iniciales sobre el estrés partían de la idea de la existencia de estresores universales, es decir, ciertas condiciones ambientales con capacidad de agotar la resistencia de cualquier organismo (Holmes y Rahe, 1967). Sin embargo, es un hecho ampliamente corroborado que ante un mismo suceso estresante, como puede ser la aparición de una enfermedad, se pueden presentar reacciones muy diversas. De esta forma, en la década de los ochenta se adoptó una perspectiva de mayor especificidad, desde la cual un suceso es estresante en la medida en que el sujeto lo perciba como tal, independientemente de las características objetivas del mismo.

La respuesta de estrés evocada ante alguna demanda psicosocial, así como su efecto en la salud, está modulada por multitud de factores (Sandín y Chorot, 1993). Uno de estos factores

está constituido por los mecanismos de afrontamiento que pone en marcha el individuo para hacer frente al estrés. Los mecanismos de afrontamiento son disposiciones personales que median entre los agentes estresantes y las respuestas del organismo. Según Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento hace referencia a "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como que exceden los recursos del individuo". De esta manera el afrontamiento es un proceso dinámico, en que el individuo, en función de la evaluación de la situación y de sus propios recursos, va cambiando la forma de interaccionar o afrontar la situación estresante. Desde un modelo donde el estrés se considera como el resultado de una continua transacción entre las demandas del medio externo o interno y los recursos de afrontamiento disponibles, Lazarus, Folkman, Gruen y DeLonguis (1986) parten de que ante la aparición de un suceso estresante el sujeto realiza tres tipos de valoraciones, lo que explica la especificidad inherente al concepto:

- i. Una valoración primaria, en la que se analiza si el hecho es positivo o negativo, amenazante o inocuo, y las consecuencias presentes y/o futuras del mismo.
- ii. Una valoración secundaria, en la que analizan las capacidades y recursos del organismo para afrontar la situación.
- iii. Una reevaluación, en la que se produce un proceso de feedback mientras se está afrontando el suceso y que puede conllevar un cambio de la interpretación inicial.

A grandes rasgos, podemos distinguir entre afrontamiento basado en el problema, cuando se trata de manejar directamente las demandas internas o externas generadoras del estrés; afrontamiento basado en la emoción, cuando se trata de manejar las respuestas emocionales y afectivas de malestar que genera éste; afrontamiento activo, cuando se hacen esfuerzos para controlar y resolver el problema (que suele dar lugar a incrementos en la secreción de catecolaminas y en la reactividad cardiovascular); y afrontamiento pasivo, cuando no se hace nada por superar el problema (que suele dar lugar a incrementos en presión sanguínea diastólica, secreción de cortisol e inmunosupresión). Hay que tener en cuenta que no hay estilos de afrontamiento que se puedan considerar a priori buenos o malos, esto dependerá de la situación. Especialmente determinante es la percepción de controlabilidad respecto a la situación estresante. Hay que tener en cuenta que la percepción de incontrolabilidad es quizás de las

variables psicológicas que más negativamente afectan a diversos parámetros fisiológicos y la salud (Brosschot, Godaert, Benschop, Olf, Ballieux y Heijnen, 1998).

Si los mecanismos de afrontamiento son exitosos pueden reducir significativamente las respuestas de estrés, siendo señalados como importantes reductores del riesgo de desórdenes psíquicos y físicos. Un estilo de afrontamiento efectivo podría jugar un papel importante en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. Por ejemplo, la adaptación a la enfermedad crónica y la rehabilitación y recuperación de los pacientes tras intervenciones o enfermedades graves, puede depender más de los mecanismos de afrontamiento del sujeto a su enfermedad que de variables médicas (Drossman, 1998; Helgeson y Fritz, 1999). Dentro del marco biopsicosocial de la salud tenemos que distinguir entre las consecuencias médicas objetivas producidas por los factores psicosociales (por ejemplo, cómo los eventos vitales pueden modular el curso y pronóstico de una enfermedad) y la interferencia que la propia enfermedad produce en el funcionamiento adaptativo o calidad de vida. La consideración del funcionamiento o calidad de vida aporta una dimensión adicional al diagnóstico, indicando cómo la enfermedad influencia la vida cotidiana de la persona. En este sentido, la determinación de la calidad de vida está muy influenciada por variables psicosociales (Stanton y Zinder, 1993). Una de las variables críticas a este respecto son los mecanismos de afrontamiento, que pueden determinar algunos aspectos de la enfermedad (por ejemplo, la búsqueda de ayuda clínica o el número de visitas al médico) en mayor medida incluso que la propia gravedad de los síntomas propios de la enfermedad (Drossman, 1998; Ortiz y Ortiz, 2007). Por otra parte, los estilos de afrontamiento pueden funcionar como mecanismos mediadores entre los factores de protección-vulnerabilidad y el resultado de salud y calidad de vida (Sanjuán y Magallares, 2007). Por ejemplo, la asociación entre optimismo-pesimismo y salud está modulada por los mecanismos de afrontamiento, especialmente la utilización diferencial de la autocrítica (Cano, 2005).

El diagnóstico de cáncer puede ser considerado un evento vital estresante que no sólo afectará al individuo, sino también al entorno familiar y social que lo rodea (Cano, 2005). Además, por las propias características de la enfermedad, se vivencia desde una percepción de incontrolabilidad o indefensión (Rodríguez, Bayón, Orgaz, Torres, Mora y Castelo, 2007). Este evento no produce

el mismo impacto en todos los individuos. Sin embargo, lo más común es que se dé una valoración amenazante del mismo (Orbell, Hagger, Brown y Tidy, 2004)) y una reacción emocional negativa que irá en aumento al percibir el sujeto que carece de recursos para controlar sus consecuencias (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1997; Lazarus y cols., 1986). De hecho, existe una alta prevalencia de dificultades en la adaptación a la enfermedad oncológica (Pinder, Ramírez, Richards y Gregory, 1994; López-Ibor, 2007). Mientras que se han establecido varios factores asociados con el impacto psicosocial de la enfermedad, tales como el apoyo social, la historia premórbida psiquiátrica, el optimismo, etc., varios investigadores coinciden en que el 50% de la varianza en el estrés psicológico es atribuible al estilo de afrontamiento (Glanz y Lerman, 1992). En los últimos años se han llevado a cabo varias investigaciones con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan más comúnmente los enfermos de cáncer (Temoshok, 1987; Felton y Revenson, 1987; Rodríguez, Esteve y López, 2000; Cano-Vindel, Sirgo y Pérez, 1994; Sirgo y Pérez, 1994; Páez, Luciano y Gutiérrez, 2007; Várela, Caporale, Delgado, Viera, Galain y Schwartzmann, 2007). En este sentido, existen numerosos estudios empíricos sobre las estrategias de afrontamiento en cáncer que relacionan el estilo de afrontamiento y la progresión de la enfermedad (Stiebler, 1993; Carver, Scheier y Weintraub, 1989). La mayor parte de estos estudios reflejan que los estilos más activos como el espíritu de lucha suelen asociarse a consecuencias físicas más favorables, mientras que estrategias como la aceptación estoica o la desesperanza se relacionan con peores resultados (Stiebler, 1993).

Las principales escalas utilizadas en el estudio de las estrategias de afrontamiento son el COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), el Ways of Coping Checklist (Ferrero, Toledo y Barreto, 1995; Lazarus y Folkman, 1986), el Coping Strategies Inventory (Lazarus y Folkman, 1984), la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd y Reynolds, 1989), etc. Éstas también han sido algunas de las medidas generales de afrontamiento que suelen utilizarse en el estudio del cáncer (Fernández-Abascal, 1997), especialmente de mama (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Rivero, Piqueras y Ramos, 2008; Dunkel-Schetter, Folkman y Lazarus, 1987). Existen otros instrumentos que han evaluado aspectos más específicos del proceso de afrontamiento. Por ejemplo, la adaptación castellana del Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI) (Epping-Jordan, Compas y Osowiecki, 1999), que categoriza las estrategias

que utiliza el paciente según el método (cognitivo vs. conductual) y según el foco (aproximación vs. evitación), otras evalúan el área emocional en pacientes con cáncer (Moos, 1990), el espíritu de lucha (Stanton, Wilson, Foreman y Duffy, 2000), el fatalismo (Nelson, Friedman, Baer, Montague y Smith, 1994), etc. Los principales resultados obtenidos con estas medidas reflejan que los intentos por escapar de la fuente de estrés y los pensamientos negativos están más asociados con el malestar emocional y con un ajuste psicológico más pobre a la enfermedad (Classen, Koopman, Angell y Spiegel, 1996; Dunkel-Schetter, Folkman y Lazarus, 1987; Carver, Pozo, Harris, Noriega y Scheier, 1993; Moos, 1990; Rodríguez, Bayón, Orgaz, Torres, Mora y Castelo, 2007).

La mayoría de los instrumentos al uso para la evaluación de las estrategias de afrontamiento en la enfermedad oncológica tienen un carácter generalista, y en muchos casos son los mismos que los utilizados en la población general. En estos cuestionarios se plantean situaciones abiertas o generales, no evaluándose el afrontamiento ante estresores específicos o presentes en ese momento en la persona evaluada. La opinión clínica más generalizada es que este tipo de instrumentos conllevan una menor capacidad predictiva. En este contexto, el objetivo general de este estudio es crear un inventario (Inventario de Estrés y Estrategias de Afrontamiento del Cáncer, ISEAC) para la evaluación de a) las situaciones estresantes específicas ligadas a la enfermedad oncológica, b) el nivel de estrés o malestar emocional experimentado respecto a estas situaciones y c) las estrategias de afrontamiento que utiliza el paciente para cada una de estas situaciones. Para evaluar la capacidad predictiva, se estudiará la relación entre los índices derivados del instrumento y los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida, variables de gran relevancia en la evaluación psicológica del enfermo oncológico.

Los trastornos del estado de ánimo son bastante comunes en los enfermos de cáncer (McCaul, Sandgren, King, O'Donnell, Branstetter y Foreman, 1999; Morris y Greer, 1980; Hughes, Royle, Buchanan y Taylor, 1986; Van't-Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden, 1980; Cano, 2005). El padecimiento de la depresión es cuatro veces mayor en esta población que en la población general (Morales, Robles, Jiménez y Morales, 2007). La depresión suele acompañar cada una de las fases patológicas de la enfermedad, por ejemplo, presencia de un tumor no diagnosticado (McCaul, Sandgren, King, O'Donnell, Branstetter y Foreman, 1999, Morris y Greer, 1980; Mermelstein y Lesko, 1992), biopsia y recidivas (Greer y Morris, 1975; Hughes, 1985). Respecto

a la ansiedad, algunos estudios demuestran su presencia incluso antes de recibirse el diagnóstico (Holland, 1989; Cockburn, Staples, Hurley y DeLuise, 1994). De ahí, el interés creciente por la evaluación y tratamiento de las alteraciones depresivas o ansiosas en pacientes con cáncer, ya que la existencia de estos trastornos dificulta, sin duda, la adaptación y ajuste del enfermo a la patología cancerígena. La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como “la percepción de un individuo del lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”. Muchos de los estudios actuales dentro del área psicooncológica han estudiado la influencia del malestar emocional en la calidad de vida del paciente, entendida ésta en su sentido más amplio y considerando sus áreas física, psicológica y social (Sandín, Chorot, Valiente, Lostao y Santed, 2002; Sirera, Sánchez y Camps, 2006). Diversos estudios muestran que la calidad de vida está muy deteriorada en pacientes depresivos, más incluso que en otras patologías crónicas y severas (Vinaccia y Orozco, 2005). Ello refleja la importancia de la relación entre el estado de ánimo y la calidad de vida, no sólo en personas enfermas sino también en sanas. En cuanto a los pacientes oncológicos, se han observado menores niveles de calidad de vida en las áreas psicológica-emocional, las relaciones sociales y la percepción del medio ambiente (Bonicatto, Dew, Zaratiegui, Lorenzo y Pecina, 2001) siendo éstas áreas que, por lo general, son susceptibles de una mayor mejora.

Hipotetizamos que a mayor nivel de estrés experimentado, según las puntuaciones del ISEAC, encontraremos mayores niveles de ansiedad y depresión en los pacientes, así como menores niveles de calidad de vida. Respecto a las estrategias de afrontamiento, hipotetizamos que aquellas de carácter más activo como la acción directa, la redefinición de la situación, la búsqueda de apoyo emocional o la relajación se asociarán a menores niveles de ansiedad y depresión y mayores niveles de calidad de vida, mientras que aquellas estrategias de tipo más pasivo como la evitación, estoicismo, negación o no utilizar ninguna estrategia se asociarán a consecuencias más negativas en las diferentes áreas de la calidad de vida.

## 2. MÉTODO

### 2.1. Participantes

En el estudio participaron 78 pacientes, 36 mujeres y 42 hombres, con una media de edad de  $58 \pm 16$  años. Los diagnósticos oncológicos principales fueron Linfoma Hodgkin, Linfoma No Hodgkin, Mieloma Múltiple y Leucemia Linfoblástica Crónica. La fase media de la enfermedad correspondió al estadio 3. La captación de enfermos se hizo a través del Servicio de Hematología del Hospital Médico-Quirúrgico Ciudad de Jaén y la sede provincial de Jaén de la Asociación Española contra el Cáncer.

### 2.2. Instrumentos de evaluación

Se utilizaron tres medidas de autoinforme (ver Anexo I):

- Inventario de Estrés y Estrategias de Afrontamiento para enfermos de Cáncer (ISEAC), instrumento basado en El Inventario de Situaciones Potencialmente Estresantes en Cuidadores de enfermos de Alzheimer (ISPE) (Muela, Torres y Peláez, 2002), que refleja información sobre las situaciones estresantes a las que se enfrenta el cuidador, la cantidad subjetiva de malestar y las estrategias de afrontamiento que utiliza. El ISEAC, a diferencia de otras medidas de estrés y estrategias de afrontamiento, enfatiza la situación específica que padece el enfermo de cáncer. Estas situaciones fueron seleccionadas por psicooncólogos expertos en el proceso de la enfermedad, desde un primer estadio diagnóstico hasta los estadios más avanzados. Las situaciones estresantes referidas a la enfermedad oncológica evaluadas con el inventario ISEAC son: 1) Emociones negativas, 2) Apoyo Social, 3) Preocupación por el tratamiento, 4) Temor por el pronóstico y 5) Área funcional. La situación estresante de emociones negativas abarca ítems referidos al estado de ánimo irritable, apático y/o triste; la situación relacionada con el apoyo social abarca ítems respecto a sentimientos de soledad y/o la preocupación por el malestar de los familiares; la situación de preocupación por el tratamiento se refiere a ítems que evalúan el malestar que produce el tratamiento y/o las largas estancias hospitalarias; el temor por el pronóstico hace referencia al miedo a las recidivas y/o empeoramiento del curso; y por último, el

área funcional se refiere a la interferencia laboral, social y/o personal que genera la enfermedad y su tratamiento. Las estrategias de afrontamiento recogidas son las siguientes: ninguna, distracción cognitiva, deseo irracional, evitación, apoyo emocional, estoicismo, negación, catarsis, relajación, acción directa y redefinición de la situación. La definición y ejemplos de estas estrategias pueden verse en la Tabla 1.

| Estrategia                   | Definición   | Ejemplos  |
|------------------------------|--|---|
| Ninguna                      | El paciente afirma no hacer nada ante la situación que le amenaza  | “Cuando me veo incapacitado me quedo quieto, no hago nada y espero a que se me pase”                            |
| Distracción Cognitiva        | El paciente utiliza cualquier otro estímulo para distraer la atención de la situación estresante   | “Cuando estoy triste, salgo a pasear”   |
| Deseo irracional             | El paciente responde ante la situación deseando una situación contraria o irreal   | “Al verme así deseo con todas mis fuerzas volver a estar sano y tener mi vida anterior”                         |
| Evitación                    | El paciente evita enfrentarse a la situación que le estresa o a aspectos relacionados con esa situación                                      | “Yo no voy a hacerme revisiones porque lo paso fatal”   |
| Apoyo emocional              | El paciente se enfrenta a la situación que le preocupa buscando apoyo emocional procedente de personas cercanas                              | “Cuando estoy deprimida, llamo a mi mejor amiga por teléfono y ella siempre me anima”                           |
| Negación                     | El paciente niega la situación estresante por completo o algunas partes de esta situación  | “Yo tengo una enfermedad pero no es grave, y no es cáncer, la quimioterapia se la dan a otros enfermos también” |
| Catarsis                     | El paciente ante la situación estresante responde con una descarga física importante, por ejemplo a través del llanto o del ejercicio físico | “Cuando estoy triste, salgo a hacer deporte hasta que quedo agotado”  |
| Relajación                   | El paciente tiende a actividades relajantes con el objetivo de afrontar la situación estresante  | “Cuando estoy irritable, me tumbo en el sofá hasta que me calme y se me pase”                                   |
| Acción Directa               | El paciente responde activamente ante el problema buscando la solución más objetiva al mismo   | “Cuando me encuentro físicamente mal, me tomo la medicación y si empeoro, acudo rápidamente a urgencias”        |
| Redefinición de la situación | Ante el problema, el paciente intenta buscar otras explicaciones tranquilizadoras del mismo problema   | “Cuando me dijeron lo que tenía, busqué en manuales de oncología y también en internet para saberlo bien”       |

Tabla 1. Estrategias de afrontamiento evaluadas con el inventario ISEAC, definición y ejemplos referidos a cada estrategia

A través de una entrevista con el paciente, se van recogiendo el número de situaciones estresantes para el enfermo, el nivel de estrés experimentado en cada una de estas situaciones y el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas en cada una de ellas. En relación a la forma de puntuar cuantitativamente el inventario, en primer lugar se obtiene una puntuación de nivel de estrés en cada situación estresante al sumar las puntuaciones obtenidas en los ítems que componen cada situación, puntuados de 0 (no presente/nada de malestar) a 3 (mucho malestar). En segundo lugar, se obtiene una puntuación de estrés total sumando la valoración obtenida en todas las situaciones estresantes presentes. Por último, se obtiene una puntuación respecto a estrategias de afrontamiento obtenida del número de veces que el paciente menciona su utilización, esto se consigue evaluando la respuesta del paciente y seleccionando la estrategia utilizada. Por lo tanto se obtienen tres puntuaciones independientes: nivel de estrés en cada una de las situaciones específicas de la enfermedad, nivel de estrés general, y estrategias de afrontamiento utilizadas.

- La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (The Hospital Anxiety and Depression Scale; HAD; Zimond y Snaith, 1983). El paciente responde en una escala tipo Likert con alternativas de 0 a 4. Consta de 14 ítems referidos a síntomas de ansiedad (7) y síntomas de depresión (7). La correlación obtenida entre la subescala de ansiedad y el STAI (estado) es de 0,71 y la obtenida entre la subescala de depresión y el BDI es de 0,74 (Tejero, Guimera, Farre y Peri, 1986; Terol, Rodríguez-Marín, López-Roig, Martín-Aragón y Pastor, 1997). Este instrumento presenta dos características que han determinado su elección para nuestro estudio. Por una parte, al no incluir ítems referidos a síntomas físicos, no está contaminado por la sintomatología somática que presentan los pacientes. En segundo lugar, permite diferenciar claramente entre los trastornos de tipo depresivo y los de ansiedad. Según los criterios de la escala, una puntuación mayor de 7 indica caso probable de ansiedad o depresión, mientras que una puntuación mayor de 11 indica caso clínico cierto de ansiedad o depresión.

- El Cuestionario de Salud SF-36 (Stansfeld, Bosma, Hemingway y Marmot, 1998) en la versión española del cuestionario (Alonso, Prieto y Antó, 1995). El paciente responde a cuestiones referidas a sus actividades diarias para determinar el impacto de la enfermedad en su vida. Consta de 36 ítems referentes a 8 niveles básicos de funcionamiento:

- Función Física, como el grado en que la enfermedad limita las actividades físicas, tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados o intensos.
- Rol Físico, entendido como el grado en que la enfermedad interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tiempo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
- Dolor Corporal, evaluándose la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar. Hay que señalar que la puntuación en esta escala es inversa, de modo que una mayor puntuación indica menores niveles de dolor.
- Salud General, considerada como la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
- Vitalidad, como sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- Función Social, evaluada como el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- Rol Emocional, entendido como el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- Salud Mental, que incluye el nivel de depresión y ansiedad y el control de la conducta y de las emociones.

A partir de las escalas anteriores se obtienen dos índices generales de calidad de vida: La escala de componente físico (a partir de las puntuaciones en función física, rol físico, dolor y salud general) y la escala de componente mental (a partir de las puntuaciones en vitalidad, función social, rol emocional y salud mental).

### **2.3. Procedimientos**

Para el proceso de evaluación se citaba personalmente al paciente, que era entrevistado por el primer autor de este trabajo. Todas las pruebas fueron evaluadas en el marco de una entrevista. Para garantizar una buena fiabilidad interjueces todos los pacientes fueron evaluados por la misma persona. Respecto al ISEAC, el evaluador fue entrenado por José Antonio Muela Martínez, uno de los creadores del Inventario de Situaciones Potencialmente Estresantes en Cuidadores de enfermos de Alzheimer (Muela, Torres y Peláez, 2002) hasta alcanzar un índice de fiabilidad interjueces de 0´8. Los análisis estadísticos consistieron en análisis descriptivos, correlaciones bivariadas tipo Pearson y análisis de varianza de un factor.

## **3. RESULTADOS**

### **3.1. Estadísticos descriptivos**

En la Tabla 2 se presentan las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en malestar-estrés a los 15 ítems del cuestionario, agrupados según la situación generadora de estrés a la que pertenecen. Las puntuaciones más elevadas corresponden a los ítems 11 (“Preocupación por el malestar de los familiares”), 7 (“Preocupación por posibles recaídas”) y 4 (“Tristeza”). Las situaciones estresantes con una media mayor corresponden con las emociones negativas, el temor por el pronóstico y la preocupación por el tratamiento.

| Nº ítem | Ítem   | Media | Desv. típica | Situación generadora de estrés  | Media | Desv. típica |
|---------|--|-------|--------------|---------------------------------|-------|--------------|
| 1       | Sensación de inquietud, alteración o irritabilidad                                   | 1,39  | 1,15         | Emociones negativas             | 2,33  | 1,17         |
| 2       | Sentimiento de apatía y aislamiento  | 1,43  | 1,06         |                                 |       |              |
| 4       | Tristeza   | 1,47  | 1,28         |                                 |       |              |
| 3       | Sensación de no tener a nadie para desahogarse                                       | 0,45  | 0,92         | Apoyo social                    | 1,03  | 0,80         |
| 10      | Soledad  | 0,27  | 0,85         |                                 |       |              |
| 11      | Preocupación por el malestar de los familiares                                       | 2,08  | 1,11         |                                 |       |              |
| 5       | Preocupación por la posibilidad de una intervención quirúrgica                       | 0,94  | 1,20         | Preocupación por el tratamiento | 1,35  | 0,9          |
| 6       | Malestar por los efectos secundarios de la quimioterapia                             | 1,16  | 1,28         |                                 |       |              |
| 9       | Afectación por largas estancias en el hospital                                       | 0,63  | 1,05         |                                 |       |              |
| 7       | Preocupación por posibles recaídas   | 1,59  | 1,38         | Temor por el pronóstico         | 1,67  | 1,29         |
| 8       | Temor a la aparición de metástasis   | 1,29  | 1,36         |                                 |       |              |
| 14      | Temor por la pérdida de un órgano o función  | 0,27  | 0,75         |                                 |       |              |
| 15      | Temor por la posibilidad de muerte   | 1,22  | 1,487        |                                 |       |              |
| 12      | Incapacidad para llevar a cabo obligaciones de la vida diaria                        | 0,71  | 1,064        | Área funcional                  | 0,47  | 0,63         |
| 13      | Dificultad en la crianza de los hijos o en la consolidación de la relación de pareja | 0,16  | 0,579        |                                 |       |              |

Tabla 2. Malestar frente a las situaciones generadoras de estrés en el enfermo de cáncer

En la Tabla 3 se exponen las medias y desviaciones típicas de la frecuencia de utilización de cada una de las estrategias de afrontamiento. Las estrategias con una puntuación media mayor son la distracción cognitiva, la evitación y el estoicismo, mientras que las que muestran una puntuación menor son el deseo irracional, la catarsis y la no utilización de estrategias. Respecto a la utilización de estrategias de afrontamiento en cada situación estresante específica, en la situación de emociones negativas es frecuente la puesta en marcha de la distracción cognitiva, la evitación y la relajación. En la situación estresante relacionada con el apoyo social, las estrategias más utilizadas son la evitación y el estoicismo. Respecto a la preocupación por el tratamiento, el deseo irracional y el estoicismo son las más utilizadas. En cuanto al temor por el pronóstico, la evitación y la redefinición de la situación. Y por último, la no utilización de

estrategias y el estoicismo son las estrategias más frecuentes en las situaciones relacionadas con el área funcional del paciente. Estas asociaciones aparecen recogidas en la Tabla 4.

| Estrategias de afrontamiento | Puntuación media | Desviación típica |
|------------------------------|------------------|-------------------|
| Ninguna                      | 0,29             | 0,72              |
| Distracción cognitiva        | 1,69             | 1,49              |
| Deseo irracional             | 0,12             | 0,42              |
| Evitación                    | 1,27             | 1,32              |
| Apoyo emocional              | 0,95             | 1,05              |
| Estoicismo                   | 1,26             | 1,42              |
| Negación                     | 0,08             | 0,26              |
| Catarsis                     | 0,28             | 0,57              |
| Relajación                   | 0,59             | 0,84              |
| Acción directa               | 0,35             | 0,57              |
| Redefinición de la situación | 0,47             | 1,06              |

Tabla 3. Frecuencia de utilización de las estrategias de afrontamiento

| Estrategias de Afrontamiento | Situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad de cáncer |              |                                 |                         |                |
|------------------------------|--|--------------|---------------------------------|-------------------------|----------------|
|                              | Emociones negativas  | Apoyo social | Preocupación por el tratamiento | Temor por el pronóstico | Área funcional |
| Ninguna                      | 0,205  | -0,058       | 0,198                           | 0,065                   | 0,227*         |
| Distracción cognitiva        | 0,393**  | 0,157        | 0,089                           | 0,134                   | 0,060          |
| Deseo irracional             | -0,235*  | 0,029        | 0,231*                          | 0,165                   | -0,013         |
| Evitación                    | 0,318**  | 0,346**      | 0,126                           | 0,393**                 | 0,108          |
| Apoyo emocional              | 0,203  | 0,124        | 0,195                           | 0,149                   | 0,056          |
| Estoicismo                   | 0,189  | 0,356**      | 0,251*                          | 0,180                   | 0,278*         |
| Negación                     | 0,000  | -0,129       | 0,049                           | 0,037                   | 0,012          |
| Catarsis                     | 0,147  | 0,179        | 0,059                           | 0,058                   | -0,015         |
| Relajación                   | 0,311**  | 0,168        | 0,187                           | 0,040                   | 0,004          |
| Acción directa               | 0,192  | -0,159       | 0,214                           | 0,174                   | 0,218          |
| Redefinición de la situación | -0,181   | -0,090       | 0,150                           | 0,332**                 | 0,256          |

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). \*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 4. Utilización de las estrategias de afrontamiento en cada situación estresante

En la Tabla 5 se presentan las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en ansiedad y depresión según la HAD y los casos probables (puntuación mayor de 7) y ciertos (puntuación mayor de 11) de ansiedad y depresión clínica. El porcentaje de casos de ansiedad probable es del 52% y el de ansiedad cierta del 27%. El porcentaje de casos de depresión probable es del 34% y el de depresión cierta del 19%. En la Tabla 6 se presentan los estadísticos descriptivos de los distintos componentes de la calidad de vida y de sus dos puntuaciones globales, la salud física y la salud mental. Para una interpretación de estos valores las puntuaciones directas se

han transformado en puntuaciones normalizadas según los baremos disponibles de la población norteamericana publicados 1998 (media 50 y desviación típica de 10). Como puede observarse en la tabla, todas las áreas de la calidad de vida están muy por debajo de los valores medios.

| Estado anímico | Media | Desv. Típ. | Casos clínicos probables | Casos clínicos |
|----------------|-------|------------|--------------------------|----------------|
| Ansiedad       | 7,85  | 4,561      | 41 (52,56%)              | 21 (26,92%)    |
| Depresión      | 5,88  | 4,775      | 27 (34,61%)              | 15 (19,23%)    |

Tabla 5. Valores descriptivos de las puntuaciones en ansiedad y depresión según la HAD, junto con los casos probables y casos clínicos ciertos de ambos trastornos

| Calidad de Vida      | Puntuaciones directas |              | Puntuaciones normalizadas. |              |
|----------------------|-----------------------|--------------|----------------------------|--------------|
|                      | Media                 | Desv. típica | Media                      | Desv. Típica |
| Salud General        | 15,02                 | 5,13         | 23,39                      | 2,44         |
| Función Física       | 20,00                 | 6,70         | 17,95                      | 0,99         |
| Rol Físico           | 5,25                  | 1,59         | 19,72                      | 0,62         |
| Rol Emocional        | 4,65                  | 1,33         | 11,40                      | 0,62         |
| Función Social       | 7,16                  | 2,35         | 16,34                      | 1,02         |
| Dolor                | 7,36                  | 3,32         | 16,52                      | 3,38         |
| Vitalidad            | 10,91                 | 5,02         | 22,96                      | 1,40         |
| Salud Mental         | 15,55                 | 6,00         | 26,32                      | 2,50         |
| <i>Escala Mental</i> | 38,28                 | 11,62        | 24,93                      | 1,02         |
| <i>Escala Física</i> | 47,63                 | 11,64        | 24,91                      | 1,42         |

Tabla 6. Valores descriptivos de la calidad de vida según la SF-36 y puntuaciones normalizadas según la población americana (1998)

### 3.2. Relación entre las puntuaciones en estrés de Iseac y ansiedad, depresión y calidad de vida

En la Tabla 7 aparecen recogidas las correlaciones entre las puntuaciones en estrés derivadas del ISEAC y las puntuaciones en ansiedad, depresión y calidad de vida. Respecto a la puntuación total en estrés, se han obtenido correlaciones significativas positivas con ansiedad y depresión y asociaciones negativas significativas con la amplia mayoría de los componentes de la calidad de vida, incluyendo sus dos subescalas globales.

| Variables      | Emociones negativas | Apoyo social | Preocupación por el tratamiento | Temor por el pronóstico | Área funcional | Nivel de estrés general (puntuación total ISEAC) |
|----------------|---------------------|--------------|---------------------------------|-------------------------|----------------|--|
| Ansiedad       | 0,307**             | 0,256*       | 0,151                           | 0,308**                 | 0,159          | 0,458**  |
| Depresión      | 0,344**             | 0,386**      | 0,410**                         | 0,164                   | 0,239*         | 0,571**  |
| Salud General  | -0,208              | -0,266*      | -0,254*                         | -0,109                  | -0,109         | -0,403**   |
| Función física | -0,314**            | -0,163       | -0,230*                         | -0,134                  | -0,173         | -0,355*  |
| Rol físico     | 0,086               | -0,066       | 0,036                           | -0,040                  | -0,121         | -0,112   |
| Rol emocional  | -0,316*             | -,0245*      | -0,028                          | -0,105                  | -0,125         | -0,319*  |
| Función social | -0,148              | -0,187       | -0,106                          | -0,165                  | -0,131         | -0,403**   |
| Dolor          | -0,260*             | -0,087       | -0,112                          | -0,114                  | -0,123         | -0,204   |
| Vitalidad      | -0,437**            | 0,015        | -0,199                          | -0,108                  | -0,186         | -0,336*  |
| Salud Mental   | -0,607**            | -0,250*      | -0,178                          | -0,045                  | -0,279*        | -0,487**   |
| Escala Mental  | -,569**             | -,189        | -,203                           | -,115                   | -,265*         | -0,491**   |
| Escala Física  | -,336**             | -,246*       | -,272*                          | -,164                   | -,199          | -0,435**   |

Tabla 7. Correlaciones entre situaciones estresantes de la enfermedad y el resto de variables

Respecto a las correlaciones entre la puntuación de estrés específica para cada situación estresante recogida por el ISEAC y las variables evaluadas, las asociaciones más significativas han sido encontradas para las áreas de emociones negativas, situaciones ligadas al apoyo social y preocupación por el tratamiento. Las puntuaciones en estrés en la situación de emociones negativas se asocia positivamente a la ansiedad y depresión, y de forma negativa a

prácticamente todos los componentes de la calidad de vida; las situaciones estresantes referidas al apoyo social se asocian positivamente a la ansiedad y depresión y negativamente a la salud general, rol emocional, salud mental y escala global física; la preocupación por el tratamiento se asocia positivamente a la depresión y negativamente a la salud general, función física y escala global física; la preocupación por el pronóstico sólo se asocia positivamente a la ansiedad; el área funcional se asocia positivamente a la depresión y negativamente a la salud mental y la escala global mental.

También se calcularon las correlaciones entre los 15 ítems del ISEAC y las puntuaciones en ansiedad, depresión y escalas globales física y mental del SF-36. Como se puede observar en la Tabla 8, las correlaciones más elevadas se dan respecto a los ítems 1 (sensación de inquietud, alteración o irritabilidad), 2 (sentimiento de apatía y aislamiento), 4 (tristeza), 5 (preocupación por la posibilidad de una intervención quirúrgica), 6 (malestar por los efectos secundarios de la quimioterapia), 8 (temor a la aparición de metástasis) y 12 (incapacidad para llevar a cabo obligaciones de la vida diaria).

| Ítem del ISAC | Ansiedad | Depresión | Escala Mental | Escala Física |
|---------------|----------|-----------|---------------|---------------|
| item1         | ,444**   | ,128      | -,455**       | -,298**       |
| item2         | ,282*    | ,399**    | -,367*        | -,319*        |
| item3         | ,002     | ,232      | -,274         | -,340*        |
| item4         | ,402**   | ,482**    | -,488**       | -,390**       |
| item5         | ,357*    | ,452**    | -,295*        | -,384**       |
| item6         | ,225     | ,448**    | -,300*        | -,316*        |
| item7         | ,285*    | ,201      | -,297*        | -,213         |
| item8         | ,390**   | ,460**    | -,277*        | -,371**       |
| item9         | ,016     | ,266      | ,003          | -,168         |
| item10        | ,009     | ,334*     | -,209         | -,344*        |
| item11        | ,247     | ,166      | -,108         | ,089          |
| item12        | ,165     | ,484**    | -,407**       | -,263         |
| item13        | ,038     | ,077      | -,157         | -,056         |
| item14        | ,201     | ,343*     | -,317*        | -,171         |
| item15        | ,164     | ,220      | -,108         | -,118         |

Tabla 8. Correlaciones entre los ítems del ISAC y las puntuaciones en ansiedad, depresión y las escalas globales física y mental del SF-36.

#### 4. RELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ISEAC Y ANSIEDAD, DERESIÓN Y CALIDAD DE VIDA

En la Tabla 9 aparecen recogidas las correlaciones entre las distintas estrategias de afrontamiento y las puntuaciones en ansiedad, depresión y calidad de vida. Como puede observarse, la evitación, el estoicismo, el no usar ninguna estrategia y la relajación se asocian con un empeoramiento de diversas áreas de la calidad de vida. La distracción cognitiva se asocia a un empeoramiento de la función social y de la escala global mental. El no utilizar ninguna estrategia de afrontamiento se asocia a más depresión, mientras que el estoicismo y la relajación se asocian a menores niveles de ansiedad. La redefinición de la situación se asocia a menores niveles de depresión y mayores niveles en la función social. Por último, el deseo irracional se asocia a mayores niveles de función social y de salud mental global.

| Variables      | Estrategias de afrontamiento |                    |                  |           |             |           |          |          |            |                |                              |
|----------------|------------------------------|--------------------|------------------|-----------|-------------|-----------|----------|----------|------------|----------------|------------------------------|
|                | Ninguna                      | Distrac. cognitiva | Deseo irracional | Evitación | Apoyo emoc. | Estoicis. | Negación | Catarsis | Relajación | Acción directa | Redefinición de la situación |
| Ansiedad       | 0,023                        | 0,006              | 0,053            | -0,123    | -0,161      | -0,288*   | -0,060   | 0,042    | -0,322**   | -0,027         | 0,010                        |
| Depresión      | 0,244*                       | 0,195              | -0,147           | 0,108     | 0,120       | 0,198     | 0,095    | -0,103   | 0,180      | 0,071          | -0,229*                      |
| Salud General  | -0,284*                      | -0,158             | -0,018           | -0,258*   | -0,029      | -0,266*   | -0,014   | -0,047   | -0,280*    | -0,154         | 0,251                        |
| Función física | -0,108                       | -0,002             | 0,025            | -0,232*   | 0,079       | -0,334**  | 0,039    | -0,107   | -0,312**   | 0,039          | 0,071                        |
| Rol físico     | 0,009                        | -0,099             | 0,071            | -0,069    | 0,071       | -0,407**  | -0,082   | -0,178   | -0,129     | 0,148          | -0,011                       |
| Rol emocional  | -0,127                       | 0,069              | -0,131           | -0,209    | -0,012      | -0,307**  | 0,148    | -0,105   | 0,085      | 0,072          | -0,109                       |
| Función social | -0,312**                     | -0,338**           | 0,260*           | -0,151    | 0,230*      | -0,028    | -0,101   | -0,035   | -0,287*    | 0,268*         | 0,241*                       |
| Dolor          | -0,152                       | -0,305**           | 0,214            | -0,198    | 0,272*      | -0,226*   | -0,059   | -0,105   | -0,301**   | -0,127         | 0,125                        |
| Vitalidad      | -0,198                       | -0,191             | 0,112            | -0,264*   | -0,164      | -0,356**  | -0,033   | -0,111   | -0,338**   | -0,113         | 0,147                        |
| Salud Mental   | 0,023                        | 0,006              | 0,053            | -0,123    | -0,161      | -0,288*   | -0,060   | 0,042    | -0,322**   | -0,027         | 0,010                        |
| Escala Física  | -,160                        | -,050              | -,028            | -,272*    | -,087       | -,412**   | ,014     | -,051    | -,284*     | -,069          | ,118                         |
| Escala Mental  | -,224*                       | -,324**            | ,240*            | -,209     | -,216       | -,250*    | -,086    | -,118    | -,341**    | -,147          | ,174                         |

Tabla 9. Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y las puntuaciones en ansiedad, depresión y calidad de vida

Como otra forma de valorar la relación entre los estados emocionales y las estrategias de afrontamiento se han analizado las posibles diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento entre los pacientes que cumplían el criterio de caso probable de ansiedad-depresión y el resto de la muestra. Para la comparación entre los pacientes con caso probable de ansiedad y el resto de la muestra se han obtenido diferencias significativas en las estrategias estoicismo ( $1,76 \pm 1,6$  vs  $,7 \pm ,93$ ;  $F(1,77)=12,12$ ;  $p<0,001$ ), catarsis ( $0,41 \pm 0,71$  vs  $,14 \pm ,34$ ;  $F(1,77)=4,76$ ;  $p<0,05$ ), relajación ( $0,78 \pm 0,93$  vs  $0,38 \pm 0,68$ ;  $F(1,77)=4,62$ ,  $p<0,05$ ), acción directa ( $0,22 \pm 0,47$  vs  $0,49 \pm 0,65$ ;  $F(1,77)=4,34$ ;  $p<0,05$ ) y redefinición de la situación ( $0,71 \pm 1,3$  vs  $0,22 \pm 0,41$ ;  $F(1,77)=4,31$ ,  $p<0,05$ ), indicando que los pacientes con ansiedad utilizan más el estoicismo, la catarsis, la relajación y la redefinición de la situación y menos la acción directa. Para la comparación entre los pacientes con probable caso de depresión y el resto de la muestra se obtuvieron diferencias significativas en las estrategias estoicismo ( $2,23 \pm 1,5$  vs  $0,67 \pm 0,95$ ;  $F(1,77)=36,86$ ;  $p<0,0001$ ) y relajación ( $1,07 \pm 1,1$  vs  $0,33 \pm ,51$ ;  $F(1,77)=16,29$ ;  $p<0,0001$ ), siendo más usadas ambas por el grupo de pacientes deprimidos.

## 5. DISCUSIÓN

La evolución de las enfermedades graves y/o crónicas puede acarrear el desarrollo de una mayor afectividad negativa o neuroticismo en los pacientes. La incertidumbre, el temor por la muerte, el dolor y las limitaciones de estas enfermedades inducen en los pacientes un sentimiento de preocupación y desesperanza (Rodríguez, Bayón, Orgaz, Torres, Mora y Castelo, 2007), y ciertos mecanismos de afrontamiento, que pueden en algunos casos ayudar y en otros impedir la adaptación a la enfermedad y facilitar la aparición de alteraciones psicopatológicas, predominando los trastornos por ansiedad y la depresión (Pocino, Luna, Canelones, Mendoza, Romero y Palacios, 2007). De la misma forma, los pacientes oncológicos desarrollan ciertas estrategias de afrontamiento para tratar de enfrentarse a su situación. Estas estrategias, empleadas durante largos períodos de tiempo, pueden afectar al funcionamiento y calidad de vida y son muy relevantes para determinar la adaptación a la enfermedad (Bonicatto, Dew, Zaratiegui, Lorenzo y Pecina, 2001).

En este contexto, el objetivo general de nuestro estudio ha sido desarrollar un instrumento adaptado específicamente a pacientes oncológicos para evaluar las situaciones derivadas de la enfermedad más estresantes para el paciente, el nivel de estrés experimentado ante las mismas, y las estrategias de afrontamiento que se utilizan para manejar dichas situaciones. Así mismo, se ha pretendido analizar la validez predictiva del instrumento analizando su asociación con los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida además de su validez discriminativa para diferenciar pacientes con altos niveles de ansiedad y depresión.

Las principales situaciones generadoras de estrés en el enfermo de cáncer se pueden agrupar en los apartados de emociones negativas (referidas al malestar emocional), apoyo social (referido al malestar procedente del apoyo recibido durante la enfermedad), preocupación por el tratamiento (además de las molestias secundarias que puede generar), temor por el pronóstico y afectación del área funcional (es decir, la incapacidad que produce la enfermedad en la vida del enfermo). Las situaciones estresantes que generan más malestar en el enfermo son las emociones negativas, seguidas del temor por el pronóstico y la preocupación por el tratamiento. En concreto, la tristeza, la ansiedad y el miedo a un empeoramiento en el estado patológico son las preocupaciones que mayormente reflejan estos pacientes. Autores como Martín y cols. en el 2007 describen las preocupaciones más comunes de los pacientes de cáncer distinguiendo las relacionadas con el miedo a la muerte, tales como abandonar las pertenencias y los seres queridos, perder el control de la propia vida, dejar compromisos sin resolver, perder la dignidad personal y física, convertirse en una carga para los demás y el deterioro físico y mental. Estos autores coinciden al señalar que una de las preocupaciones más comunes del enfermo es el temor por el pronóstico y empeoramiento de la enfermedad y las consecuencias que esto conllevaría.

El ítem del ISEAC que se asocia con un mayor estrés experimentado por el paciente es la "preocupación por el malestar de los familiares". En este sentido, el paciente no sólo percibe los efectos que su enfermedad provoca en él mismo, sino que también tiene muy en cuenta los efectos que su estado provoca en los familiares queridos, experimentándose éstos últimos incluso como más preocupantes o desagradables que la propia enfermedad. Algunos estudios muestran que una de las acciones que más favorecen al enfermo de cáncer consiste en compartir las preocupaciones, mostrar y recibir empatía y/o la aceptación del cáncer por parte

de los familiares. Es decir, el hecho de que los familiares expresen emociones referentes a la enfermedad podría facilitar el afrontamiento de ésta por parte del paciente (Dakof y Taylor, 1990). Estos resultados pueden interpretarse como un vínculo afectivo e íntimo establecido entre el familiar y el enfermo, que puede favorecer de forma considerable al enfermo. La relación entre apoyo social, estrés y salud, ha sido ampliamente estudiada por diferentes autores. Por ejemplo, Parker y cols. en el 2003 en su investigación con enfermos de cáncer de mama encontraron que aquellos que gozaban de mejor apoyo social presentaban menores niveles de ansiedad y depresión, además de mejor calidad de vida. También Montoya en el 1999 ha mostrado que el soporte psicosocial en pacientes con cáncer se relaciona negativamente con la presencia de trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad, mientras que el miedo, el aislamiento social y la perturbación familiar tienden a provocar en el paciente graves problemas físicos y emocionales. Sin embargo, en algunas situaciones, el hecho de que el familiar exprese lo que siente respecto a la enfermedad puede afectar negativamente al enfermo, causándole más preocupación y, en numerosas ocasiones, intentos por reducir ésta a través del diálogo o evitando mostrar los síntomas de la enfermedad frente a los demás. Probablemente estas diferencias en la respuesta del paciente a las preocupaciones manifestadas por los familiares dependan del estilo de afrontamiento propio del enfermo y de la forma en que estas preocupaciones sean manifestadas. Junto a la preocupación por el malestar de los familiares, otros ítems que los pacientes señalan como generadores de malestar son la “preocupación por la posibilidad de una recaída” y la “tristeza”.

En relación a la frecuencia de utilización de las estrategias de afrontamiento, la distracción cognitiva es la estrategia mayormente utilizada, seguida de la evitación de las situaciones estresantes y el estoicismo, siendo las estrategias menos utilizadas la negación, el deseo irracional y la catarsis. Al revisar las situaciones específicas de la enfermedad, es posible distinguir que la distracción cognitiva, la evitación y la relajación son más comunes cuando el paciente se encuentra anímicamente mal, cuando muestra tristeza o irritabilidad. La evitación y el estoicismo son frecuentes en situaciones estresantes relacionadas con el apoyo social, por ejemplo cuando el paciente ve preocupado a un familiar o cuando el paciente se siente solo o sin oportunidad de hablar sobre lo que está experimentando. Cuando el paciente está preocupado por los efectos negativos del tratamiento que está recibiendo, suele utilizar el deseo irracional en términos de “ojalá yo no estuviera pasando por aquí” o “me gustaría estar sano de

nuevo” y la aceptación estoica de la situación. En el temor por el pronóstico, es frecuente que el paciente evite o redefina la situación, por ejemplo buscando otro profesional que le facilite una segunda opinión respecto al problema. Por último, cuando el paciente está preocupado por la interferencia que la enfermedad provoca en su vida (actividades diarias, trabajo, rutina familiar, etc.), suele mostrarse pasivo y no utiliza ninguna estrategia, aunque en otras ocasiones se limita a aceptar estoicamente la situación actual. En cuanto a la utilidad o adecuación de las estrategias más utilizadas, la literatura sugiere que la distracción cognitiva es útil en las fases más agudas de la enfermedad, ya que pueden disminuir la ansiedad (Montoya, 1999; Hutton y Williams, 2001). Este dato también es sugerido por autores que han relacionado la distracción con el dolor. Soriano y Monsalve en el 2005 mantienen que la distracción puede ser útil cuando existe dolor agudo pero no crónico, ya que consideran que esta estrategia no favorece la adaptación del enfermo a la enfermedad. También estos autores establecen que el deseo irracional y la relajación ante la situación estresante tampoco favorecen la adaptación psicológica a la enfermedad. En relación a la evitación, común durante la experiencia de emociones negativas, y la preocupación por las situaciones referidas al apoyo social y el pronóstico, suelen considerarse en la literatura como mecanismo de afrontamiento adecuado sólo ante situaciones temporalmente breves (Taylor y Aspinwall, 1990), pero formas ineficaces para manejar circunstancias vitales más duraderas o complicadas (Holahan y Moos, 1987).

Respecto a la validez predictiva del ISEAC, existe una clara relación entre nuestro inventario y las medidas de ansiedad, depresión y calidad de vida. En cuanto a las medidas de estrés, y corroborando nuestra primera hipótesis, la puntuación total de estrés del ISEAC se asocia positivamente a los niveles de ansiedad y depresión y negativamente a la calidad de vida, tanto física como mental. Respecto a facetas específicas de la calidad de vida, las principales áreas relacionadas negativamente con la puntuación global del ISEAC son la salud general, la función social, y la salud mental. Cuando se han analizado las relaciones respecto a las puntuaciones en estrés en las distintas situaciones estresantes derivadas de la enfermedad, se observa que las situaciones estresantes más predictivas son las relacionadas con las emociones negativas y el apoyo social, especialmente la primera. El nivel de estrés en la situación de emociones negativas no sólo se asocia a más depresión, ansiedad y menor calidad de vida, sino que muestra asociaciones significativas con la mayoría de los componentes específicos de la calidad de vida, incluyéndose las escalas física y mental. La puntuación en estrés de la

situación de apoyo social también se asocia con mayor depresión y ansiedad y menor calidad de vida, mostrando también asociaciones significativas con la salud general, el rol emocional y la salud mental. La asociación observada entre estrés y calidad de vida corrobora la evidencia encontrada en estudios previos que reflejan cómo el nivel de estrés se relaciona inversamente con la adaptación a la enfermedad (Barroilinfoma de Hodgkinet, Forjaz y Garrido, 2005) y el efecto de las enfermedades crónicas en varios aspectos de la vida del paciente (Oblitas, 2006). Estos efectos van desde una fase inicial, con periodos de crisis y un desequilibrio físico, social y psicológico (con síntomas de ansiedad, miedo y desorientación) hasta un trastorno más crónico, asociado a cambios permanentes en la función física, laboral y social del paciente (Brannon y Feist, 2001; Simón, 1999).

En cuanto a las medidas de afrontamiento, la que más destaca por sus asociaciones es el estoicismo, que se asocia negativamente con todos los componentes de la calidad de vida, salvo la función social. Algo llamativo es su asociación contraria con la ansiedad, a más estoicismo se encuentran menores niveles de ansiedad. La segunda estrategia con más asociaciones significativas es la relajación, que correlaciona negativamente con varios componentes de la calidad de vida, pero como en el caso anterior, se asocia negativamente a la ansiedad. Hay que tener en cuenta que esta estrategia ha sido evaluada como la búsqueda de una relajación física frente a una situación estresante, sin actuar sobre el problema, siendo definida por algunos pacientes como “acostarse o tumbarse hasta que se le pase la preocupación”. El no utilizar ninguna estrategia, la evitación y la distracción cognitiva se asocian negativamente con algunos aspectos de la calidad de vida, asociándose también positivamente a la depresión la primera. En contraposición al sentido de estas asociaciones, la redefinición de la situación se asocia negativamente a la depresión y positivamente a la función social.

Cuando se analiza el uso de las distintas estrategias en los pacientes con niveles más altos de ansiedad y depresión se observa que los pacientes más ansiosos utilizan más el estoicismo, la catarsis, la relajación, la redefinición de la situación y menos la acción directa, mientras que los pacientes deprimidos utilizan más el estoicismo y la relajación. Se observa que el estoicismo y la relajación son estrategias comunes en ambos grupos, mientras que el uso de la catarsis, y la redefinición de la situación, junto con el menor uso de la acción directa son más propios de la ansiedad. Hay que destacar como algo positivo el uso en estos pacientes ansiosos de la

estrategia de la redefinición de la situación. Algunos autores han analizado el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con cáncer y el pesimismo u optimismo de los mismos, de manera que estrategias pasivas como la negación o la evitación serían típicas de los pesimistas (Carver, Pozo, Harris, Noriega y Séller, 1993; Stanton y Zinder, 1993), que además tenderían a mostrar más afectividad negativa (Schou, Ekeberg, Ruland, Sandwik y Karsen, 2004).

En general, existe una clasificación de las estrategias de afrontamiento en función de si la forma de afrontamiento es activa o pasiva. La primera se refiere a los esfuerzos cognitivos o conductuales para manejar el evento estresante y la segunda se refiere al no afrontamiento del problema o de la tensión generada (Moos, 1990). Las estrategias pasivas suelen asociarse con un empeoramiento de la salud y del estado de ánimo, mientras que las activas suelen producir los efectos opuestos (Cano, 2005). También, los modos de afrontamiento centrados en la evitación pasiva frente a la enfermedad pueden afectar al desarrollo del cáncer de manera indirecta, por ejemplo, haciendo que los sujetos tarden más en buscar ayuda médica, no se impliquen como debieran en los tratamientos, o bajen su adherencia a la medicación (Temoshok y Fox, 1984; Bonadonna y Valagussa, 1981). Las estrategias pasivas también se asocian a respuestas autonómicas, neuroendocrinas e inmunológicas que pueden exacerbar el crecimiento del tumor o la extensión de la metástasis y/o debilitar la resistencia del organismo al proceso maligno (Pettingale, Philalethis, Tee y Greer, 1981; Pettingale, 1985).

A partir de este tipo de evidencia, nuestra segunda hipótesis predecía que aquellas estrategias de afrontamiento de carácter más activo (acción directa, redefinición de la situación, búsqueda de apoyo emocional y relajación) se asociarán a menores niveles de ansiedad y depresión y mayores niveles de calidad de vida, mientras que aquellas estrategias de tipo más pasivo (evitación, estoicismo, negación y no utilizar ninguna estrategia) se asociarán a consecuencias más negativas. Esta hipótesis sólo se ha cumplido en parte. Mientras que la redefinición de la situación si ha mostrado un efecto positivo, la acción directa y el apoyo emocional presentan efectos escasos y más bien negativos. La relajación tiene efectos opuestos, disminuye la ansiedad, pero al mismo tiempo afecta negativamente a la calidad de vida. En cuanto a las estrategias más pasivas, el estoicismo si se ha relacionado negativamente con la calidad de vida, pero también parece proteger contra la ansiedad. La evitación se asocia a menor calidad

de vida, pero no muestra relaciones con ansiedad o depresión. Por último, el no utilizar ninguna estrategia se asocia negativamente a algunos componentes de la calidad de vida y también se relaciona positivamente con más depresión. Estos resultados están en consonancia con estudios previos que muestran que los intentos por escapar de la fuente de estrés y los pensamientos negativos están más asociados con el malestar emocional y con un ajuste psicológico más pobre a la enfermedad (McCaul, Sandgren, King, O'Donell, Branstetter y Foreman, 1999; Epping-Jordan, Compas y Osowiecki, 1999; Moos, 1990).

En consonancia con investigaciones previas (Gaviria, Vinaccia y Riveros, 2007; Lazarus, 2000), los resultados de este estudio muestran la relevancia del componente emocional en la enfermedad oncológica y su importante papel en la calidad de vida de los pacientes. Ello sugiere la necesidad de que esta faceta sea objeto de tratamiento en el paciente oncológico, tanto para mejorar los niveles de ansiedad o depresión como para aumentar la calidad de vida. Otro resultado destacado es la gran importancia que otorga el paciente a la repercusión de su enfermedad en los familiares. Ello muestra la necesidad de una intervención para reducir la preocupación del paciente respecto a las reacciones en el ámbito familiar, dotándolo de una mayor autonomía emocional mediante estrategias adecuadas para afrontar su malestar.

Como conclusión, el instrumento presentado puede ser de utilidad para detectar las áreas de mayor preocupación y estrés en el paciente oncológico, así como el modo en el que éstas son afrontadas. Esta información puede ser útil para establecer los aspectos específicos de la intervención psicológica a llevar a cabo.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguayo, F. (2007). El estrés psicosocial como factor predisponente de enfermedad aguda en pacientes de medicina familiar del policlínico central de la Caja Nacional de Salud. *Revista Pacheña de Medicina Familiar*, 4: 101-105.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. *Medicina Clínica*, Mayo 27: 104: 771-6.

- Barroilinfoma de Hodgkinet, S., Forjaz, M.J. y Garrido, E. (2005). Concepts, theories and psychosocial factors in cancer adaptation. *Actas Españolas de Psiquiatría*. Nov-Dec, 33: 390-7.
- Bonadonna, G. y Valagussa, P. (1981). Dose-response effect of adjuvant chemotherapy in breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 304: 10-46.
- Bonicatto, S., Dew, M. A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. y Pecina, P. (2001). Pacientes de ambulatorios con depresión: peor calidad de vida que en otras enfermedades médicas en la Argentina. *Social Science and Medicine*, 52: 911-919.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo
- Brosschot, J. F., Godaert, G. L., Benschop, R. J., Olf, M., Ballieux, R. E. y Heijnen, C. J. (1998). Experimental stress and immunological reactivity: a closer look at perceived uncontrollability. *Psychosomatic Medicine*, 60: 359-361.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2: 71-80.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). / Evaluation of anxiety from an interactive and multidimensional focus: The Inventory of Situations and Responses of Anxiety (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6: 14-21.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. y Pérez, G. (1994). Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 0: 101-112.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L. y Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65: 375-390.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53: 267-283.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K. y Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15: 434-437.

- Cockburn, J., Staples, M., Hurley, S. y De Luise, T. (1994). Psychological consequences of screening mammography. *Journal of Medical Screening*, 1: 7-12.
- Dakof, G. A. y Taylor, S. E. (1990). Victim's perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58: 80-89.
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R. y Fetting, J. (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *The Journal Of the American Medical Association*, 249: 751-757.
- Douglas, A. y Drossman, M.D. (1998). Presidential address: gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosomatic Medicine*, 60: 258-267.
- Drossman, D.A. (1998). Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosomatic Medicine*, 60: 258-267.
- Dunkel-Schetter, C., Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53: 71-80.
- Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E. y Osowiecki, D.M. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: process of emotional distress. *Health Psychology*, 18: 315-326.
- Felton, B. J. y Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 343-353.
- Felton, B. y Revenson, T. (1987). Age differences in coping with chronic illness. *Psychology and Aging*, 2: 164-170.
- Fernández Seara, J.L., y Mielgo, M. (1992). *Escalas de Apreciación del Estrés*. Madrid: TEA.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- Ferrero, J., Toledo, M. y Barreto, M.P. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Lationamericana de Psicología*, 27: 87-102.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21: 219-239.

- Gaviria, A. M., Vinaccia, S. y Riveros, M.F. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología del Caribe*, 20: 50-75.
- Glanz, K. y Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer. A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*, 14: 204-112
- Greer, S. y Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *Journal Psychosomatic Research*, 19: 147-153.
- Helgeson, V.S. y Fritz, H.L. (1999). Cognitive Adaptation as a Predictor of New Coronary Events After Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty. *Psychosomatic Medicine*, 61: 488-495.
- Hislop, T.G., Waxler, N.E., Coldman, A.J., Elwood, J.M. y Kan, L. (1987). The prognostic significance of psychological factors in women with breast cancer. *Journal of Chronic Disease*, 40: 729-35.
- Holahan, C.J. y Moos, R.H. (1987). Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 96: 3-13.
- Holland, J. C (1989). Fears and Abnormal reactions to cancer in physically healthy individuals. In Holland, J. C. y Rowland, J. H. (Eds). *Handbook of Psychooncology*. (pp.13-21). New York : Oxford University Press.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213-218.
- Hughes, J. E. (1985). Depressive illness and lung cancer. I: Depression before diagnosis. *Clinical Oncology*, 11: 15-20.
- Hughes, J.E., Royle, G.T., Buchanan, R. y Taylor, I. (1986). Depression and social stress among patients with benign breast disease. *British Journal of Surgery*, 73: 997-9.
- Hutton, J. M. y Williams, M. (2001). An investigation of psychological distress in patients who have been treated for head and neck cancer. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 39: 333-339.
- Labrador, F. J., y Crespo, M. (1993). *Estrés. Trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, S., Folkman, R.S., Gruen, R.J. y DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50: 571-579.
- López, M.I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24: 209-211.
- López-Ibor, M.I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24: 209-211.
- Maher, E.J., Mackenzie, C., Young, T. y Marks, D. (1996). The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and the EORTC QLQ-30 questionnaires to screen for treatable unmet needs in patients attending routinely for radiotherapy. *Cancer Treatments Review*, 22: 123-129.
- Martín, M. J., Matellanes M<sup>a</sup>. B. y Pérez, J. (2007). El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre Medicina*, 18: 108-113.
- Martínez-Correa, A. y Reyes del Paso, G.A. (2003). Desarrollo y validación de una escala de sucesos vitales para estudiantes universitarios. *Clínica y Salud*, 14: 281-299.
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G.A., García-León, A. y González, M.I. (2006). Análisis de la relación entre el optimismo/pesimismo disposicional y las estrategias de afrontamiento del estrés en la predicción de la sintomatología somática autoinformada. *Psicothema*, 18: 66-72.
- McCaul, K., Sandgren, A. K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A. y Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-oncology*, 8: 230-236.
- Mermelstein, H.T. y Lesko, L. (1992). Depression in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 1: 199-225.
- Montoya D. (1999). Importancia del soporte psicosocial para pacientes con cáncer. *Boletín de Psicología*, 1.
- Moos, R. H. (1990). *Coping Responses Inventory Manual*. California, Center for Health Care Evaluation, Stanford University and Dept. Veterans. Administration Medical Centers.
- Morales, M., Robles, R., Jiménez, M. y Morales, J. (2007). Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. *Salud pública Mexicana*, 49 (4): 247-248.

- Morris, T. y Greer, S. (1980). A "Type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 3, Abstrat N°. 102.
- Muela, J. A., Torres, C. J. y Peláez, E. M. (2002). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*, 14: 558-563.
- Nelson, D., Friedman, L.C., Baer, P.E., Montague, L., y Smith, F.E. (1994). Subtypes of psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 17: 127-141.
- Nicholas, D. R. y Veach, T. A. (2000). The Psychosocial assessment of the adult Cancer patient. *Professional Psychology. Research and Practice*, 31: 206-215.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson Learning.
- Orbell, S., Hagger, M., Brown, V. y Tidy, J. (2004). Appraisal theory and emotional sequelae of first visit to colposcopy amongst women with abnormal cervical smears. *British Journal of Health Psychology*, 9: 533-556.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). *Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica*. *Revista Médica de Chile*, 135: 647-652.
- Páez, M. B., Luciano, C. y Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4: 75-95.
- Palmero, F. Gómez, C. y Guerrero, C. (2007). Hostility, psychophysiology and cardiovascular health. *Avances en Psicología Lationamericana*, 25: 22-43.
- Parker, P.A., Baile, W.F., de Moor, C. y Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12:183-193.
- Pettingale, K. W., Philalethis, A., Tee, D. E. H. y Greer, H.S. (1981). The biological correlates of psychological responses to cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25: 453-458.
- Pettingale, K.W. (1985). Towards a psychological model of cancer: Biological considerations. *Social Science and Medicine*, 20: 779-787.
- Pinder, K.L., Ramirez, E., Richards, M.A. y Gregory, B. (1994). Cognitives responses and psychiatric disorders in women with operable breast cáncer. *Psycho-Oncology*, 3: 129-137.

- Pocino, M., Luna, G., Canelones, P., Mendoza, A., Romero, G., Palacios, L.E., Rivas, L. y Castés, M. (2007). La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4: 59-73.
- Ramos, V., Rivero, R. y Piqueras, J.A. (2008). Psiconeuroinmunología: conexiones entre sistema nervoso y sistema inmune. *Suma Psicológica*, 15: 115-142.
- Rivero, R., Piqueras, J.A. y Ramos, V. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15: 171-198.
- Rodríguez, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora F. y Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 4: 7-19.
- Rodríguez, M.J. Esteve, R. y López, A.E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12: 339-345.
- Sánchez, M.P., Aparicio, M.E. y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18: 584-590.
- Sandín, B. (1989). Estrés, coping y alteraciones psicológicas. En B. Sandín y J. Bermúdez (Eds.), *Procesos emocionales y salud*. Madrid: UNED.
- Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*. Ed. Klinik: Madrid.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1993). Stress and anxiety: Diagnosis validity of anxiety disorders according to Ufe events stress, ways of coping and physical symptoms. *Psiquis*, 14: 178-184.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Lostao, L. y Santed, M. A. (2002). Adverse psychological effects in women attending a second-stage breast cancer screening. *Journal of Psychosomatic Research*, 52: 303-309.
- Sanjuán, P. y Magallares, A. (2007). Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clínica y salud*, 18: 83-98 .
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Ruland, C.M., Sandvik, L. y Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13: 309-320.
- Simón, M.A. (1999). *Tratado de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Sirera, R. y Sánchez, P. (2006). Camps, Carlos. Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3: 35-48.
- Sirgo, A. y Pérez, G. (1994). Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 0: 101-112.
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84: 91-107.
- Spiegel, D. (1990). Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer*, 66(6): 1422-26.
- Stansfeld, S.A., Bosma, H., Hemingway, H. y Marmot, M.G. (1998). Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II study. *Psychosomatic Medicine*, 60: 247-255.
- Stanton, A.L. y Zinder, P.R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 12: 16-23.
- Stanton, D., Wilson, P., Foreman, N. y Duffy, H. (2000). Virtual environments as spatial training aids for children and adults with physical disabilities. In P. Sharkey, A. Cesarani, L. Pugnetti, y A. Rizzo, (Eds.) *The 3rd International Conference on Disability, Virtual Reality and Associated Technologies* (pp.123-128). Sardinia, University of Reading.
- Stiebler L.V. (1993). Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do cancer: um panorama atual. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 39, 53-59.
- Taylor, S. y Aspinwall, L. (1990). Psychological aspects of chronic illness. En: Costa PT, VandenBos GR (Eds.). *Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care*. Washington: American Psychological Association.
- Tejero, A., Guimera, E., Farre, J. M. y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 12: 233-238.
- Temoshok, L.(1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6: 545-567.
- Temoshok, L., y Fox, B. H. (1984). Coping styles and other psychosocial factors related to medical status and prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma. En

- B. H. Fox y B. H. Newberry (Eds.). *Impact of Psychoendocrine systems in cancer and immunity* (pp.258-287). Seattle: C.J. Hogrefe.
- Terol M.C., Rodríguez-Marín J., López-Roig S., Martín-Aragón M. y Pastor M.A. (1997). The Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychometric Properties in a Spanish Sample. *11th Conference of the European Health Psychology Society*. Francia.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A. y Reynolds, R.V. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13: 343–361.
- Tross, S., y Holland, J. C. (1989). Psychological sequelae in cancer survivors. In J. C. Holland y J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care for the patient with cancer* (pp. 101-116). New York: Oxford University Press.
- Valdés, M. y De Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martinez Roca.
- Van't-Spijker, A., Trijsburg, R. y Duivenvoorden, H.J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59: 280-293.
- Várela, B., Caporale, B., Delgado, L., Viera, M., Galain, A. y Schwartzmann, L. (2007). Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama. *Ciencia y enfermería*, 13: 33-40.
- Vazquez, C., Crespo, M. y Ring, J. (1992). *Estrategias de afrontamiento. Medición en psiquiatría*. En J. Guimon, G. Barrios y A. Bulbena (en prensa). Barcelona: Salvat.
- Vinaccia, S. y Orozco, L.M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1: 125-137.
- Zimond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67: 361-370.

## **Capítulo V:**

### **Validación de la Escala de Apoyo Social AS-25 en una muestra de estudiantes universitarios**

## 1. INTRODUCCIÓN

El apoyo social es un constructo complejo y multifacético en el que se pueden distinguir al menos tres dimensiones: estructura, función o apoyo social recibido y percepción de apoyo social (Lynch, 1995). La estructura hace referencia al tamaño de la red social y características como su disponibilidad, composición, estructura, frecuencia de contactos, accesibilidad, etc. El disponer de pareja, familiares o hijos, y formar parte de un grupo o asociación también son elementos relevantes del punto de vista estructural del apoyo social. Un segundo tipo de elemento en el apoyo social se refiere a los actos de apoyo social específicos que se reciben, el apoyo proporcionado por la red o estructura social. Es usual distinguir entre apoyo emocional e instrumental (King, Mattimore, King y Adams, 1995); el apoyo emocional conlleva sentimientos de pertenencia, intimidad y confidencialidad además de conductas de afecto y cuidado (consolar, escuchar, animar, etc.), mientras que el instrumental supone el prestar ayuda directa, informativa, o a través de materiales tangibles. Por último, la percepción de apoyo es un proceso evaluativo más subjetivo, haciendo referencia al apoyo social que la persona percibe subjetivamente que está disponible y/o la satisfacción que muestra con ese nivel de apoyo percibido (Antonucci y Johnson, 1994; Streeter y Franklin, 1992; Lett y cols., 2005). La verdadera naturaleza del apoyo social parece encontrarse en los procesos de percepción del sujeto, en el “apoyo social percibido” (Sarason, Sarason y Pierce, 1990; Thoits, 1992; Martínez, 1995). En este contexto autores como Cobb (1976) definen el apoyo social como la información que lleva al sujeto a creer que es “cuidado y amado”, “estimado y valorado” y perteneciente a una “red de comunicación y obligaciones mutuas”. De hecho, la creencia que tiene el sujeto sobre el apoyo social del que dispone parece influir de forma más concluyente sobre el bienestar emocional que el apoyo social realmente recibido (Thoits, 1992). Por su mayor capacidad predictiva, actualmente las medidas de percepción de apoyo social son las más utilizadas.

El apoyo social es un generador de beneficios para la salud. Las personas con menores niveles de apoyo social muestran una morbilidad y mortalidad elevada, especialmente derivada de las enfermedades cardiovasculares (Brummett y cols., 2001; Frasure-Smith y cols., 2000; García-León y Reyes del Paso, 2009; Lett y cols., 2005; Rutledge y cols., 2004), el cáncer (Hibbard y Pope, 1993) y las enfermedades infecciosas (Lee y Rotheram-Borus, 2001). Las revisiones sobre el tema plantean que el apoyo social tiene un efecto sobre la mortalidad comparable al de las

conductas saludables o, de forma inversa, los factores de riesgo como fumar o los altos niveles de colesterol (House, Landis y Umberson, 1988). En estudios meta-analíticos (Lett y cols., 2005; Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996) se ha encontrado que el apoyo social está asociado a efectos beneficiosos en aspectos del funcionamiento cardiovascular, endocrino e inmunológico. Los estudios de intervención dirigidos a aumentar los lazos de apoyo social, realizados sobre todo en pacientes cardiovasculares, con cáncer o SIDA, corroboran también los efectos positivos del apoyo social. Por ejemplo, en pacientes hipertensos, el incremento de las interacciones sociales positivas reduce los valores de presión sanguínea y tiene un efecto positivo a largo plazo en la regulación de la presión sanguínea (Uchino y cols., 1996). Específicamente en pacientes con cáncer, el incremento de las relaciones de apoyo social es capaz de alargar la supervivencia al igual que la calidad de vida de estos pacientes (Spiegel y Kato, 1996; Fawzy y cols., 1993; Richardson, Zarnegar, Bisno y Levine, 1990; Van der Pompe, Antoni y Heijnen, 1996). Estos estudios sugieren que el apoyo social emocional parece ser la dimensión más importante para explicar los efectos positivos del apoyo social sobre la salud, siendo el que afecta más fiablemente al funcionamiento fisiológico (Uchino y cols., 1996).

Respecto a las teorías explicativas, la investigación plantea que existen dos formas diferentes, aunque no necesariamente independientes, a través de las cuales el apoyo social se relaciona con la mejor salud (Berkman, Glass, Brissette y Seeman, 2000; Cohen, 1988; House y cols., 1988; Uchino, 2006). Una sería indirecta a través de la vía conductual, es decir, el apoyo social favorecería conductas saludables y la adherencia a los regímenes médicos (Lewis y Rook, 1999). No obstante, los efectos positivos del apoyo social persisten después de controlar estadísticamente los factores de riesgo clásicos como el fumar, alcohol, dieta, ejercicio físico, etc. La otra vía es más psicológica y engloba todos aquellos procesos donde se encuentran implicadas las emociones, el humor y los sentimientos de control (Cohen, 1988; Lin, 1986). Dentro de este último enfoque podemos distinguir a su vez dos perspectivas.

Desde la *hipótesis del efecto amortiguador*, la presencia de apoyo social reduciría la respuesta del sujeto frente al estrés o bien la percepción de la magnitud de los estresores (Cobb, 1976; Cohen y McKay, 1984; Cohen y Wills, 1985; Cohen y Ashby, 1985; Cohen y Syme, 1985). El apoyo social es conceptualizado como un factor de recurso que nos protege en momentos de estrés, pero que no tendría efecto positivo en períodos sin estrés. Como ejemplo de esta

perspectiva, al estudiar la relación entre apoyo social y ajuste psicosocial frente a eventos vitales estresantes, Lin (1986) encontró que el apoyo instrumental y emocional disminuían considerablemente la depresión siguiente a un evento vital estresante. En la exposición a eventos sociales vitales, éstos tendrán efectos negativos principalmente en los sujetos cuyo nivel de apoyo social sea bajo. El apoyo social reduciría la reacción psicofisiológica al estrés a través de la modulación del mismo (Cohen y Wills, 1985; Levine, Coe y Wiener, 1989).

En segundo lugar, desde la hipótesis de los *efectos positivos directos*, el apoyo social se considera un factor de recurso con beneficios generales directos sobre la salud, independientemente de la existencia o no de estrés (Cohen y Wills, 1985; Cohen, 1988; House y cols., 1988; Uchino y cols., 1996). Lo que parece ser el punto común de estas investigaciones es la consideración de que el apoyo social, fundamentalmente el emocional, es una necesidad humana primaria cuya satisfacción promueve estados afectivos positivos de efecto benéfico para la salud y su privación conlleva, por el contrario, un estado deficitario negativo. Desde esta postura el aislamiento social es conceptualizado como un potente estresor. La constatación del hecho de que incluso el tener animales de compañía provee de un “apoyo social” con beneficios mensurables sobre la salud (Allen, Shykoff y Izzo, 2001) puede ser explicado teniendo en cuenta esta hipótesis.

Respecto a mecanismos mediadores específicos de la relación entre apoyo social y salud, la investigación ha mostrado distintos factores que pueden operar conjuntamente. A nivel psicológico, el apoyo social reduce la percepción de estrés, los sentimientos de incontrolabilidad, alienación y soledad, los pensamientos rumiativos-intrusivos, y la depresión, ansiedad y hostilidad y, por el contrario, se asocia positivamente con las habilidades de afrontamiento (Berkman y Orth-Gomér, 1996). El recibir apoyo social mientras se realiza una prueba evocadora de estrés reduce la reactividad psicofisiológica y neuroendocrina (menores secreciones de catecolaminas y cortisol), promoviendo una mejor regulación autonómica. Un dato muy interesante es que el apoyo dado por las mujeres es más eficaz que el proporcionado por los hombres para disminuir las respuestas fisiológicas frente al estrés (Glynn, Christenfeld y Gerin, 1999). En este sentido, varios autores han encontrado que las mujeres tienen redes de apoyo más amplias y que proveen de apoyo para otras personas en mayor medida que los hombres (Buendía, 1994). El apoyo social también se asocia a un funcionamiento del sistema

inmunológico más óptimo (Uchino y cols., 1996; Lutgendorf y cols., 2005; Miyazaki y cols., 2005). El mecanismo inmunológico es de los más estudiados actualmente. La evidencia muestra que el apoyo social es un poderoso predictor del funcionamiento de las células *Natural Killers*, importantes en el inicio y evolución del cáncer, y las *T helper*, determinantes en la enfermedad del VIH (Abbas y Lichtman, 2003; Esterling, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1996; Perry, Fishman, Jacobsberg, y Frances, 1992; Theorell y cols., 1995). El apoyo social puede incluso reducir la bajada en el sistema inmunológico que se produce en personas con SIDA (un -37% de cambio en *T helper* los de alto apoyo frente a un -64% en los de bajo apoyo a los 4-5 años de seguimiento), afectando a la progresión de la enfermedad. Estos estudios muestran que el apoyo social emocional (p. ej., el disponer de un confidente que apoye, el sentirse querido, incluido en un grupo, respetado, etc.) es más predictivo que el apoyo instrumental (Uchino, 2006). Por último, basándose en estudios con monos, Knox y Uvnäs-Moberg (1998) han sugerido que el apoyo social activa la secreción de oxitocina, una hormona implicada en el establecimiento de vínculos sociales estrechos y que también tiene un efecto protector sobre el sistema cardiovascular.

Dada la gran relevancia del apoyo social en la modulación del inicio y evolución de diversas enfermedades, disponer de un instrumento que mida de forma efectiva el apoyo social percibido en nuestro contexto social es algo fundamental para el desarrollo de la investigación en esta área. Uno de los mayores problemas asociados a los estudios que miden el apoyo social es la insuficiente atención prestada a las características psicométricas o a la validez de constructo (House y Kahn, 1985). Autores como O'Reilly (1988) revisaron 33 medidas de apoyo social y concluyeron que los investigadores necesitan mayor rigurosidad en las medidas para poder establecer la validez de los instrumentos. Incluso algunas medidas deberían volver a utilizarse en otros estudios para facilitar un análisis psicométrico secundario (Vaux, 1990). Además, los instrumentos de evaluación del apoyo social deberían reflejar la naturaleza multifacética del mismo, distinguiendo las diferentes áreas de las que se componen las relaciones sociales.

El objetivo de este estudio ha sido desarrollar un instrumento de evaluación del apoyo social que cumpla con los requisitos psicométricos que garanticen una fiabilidad y validez adecuadas. La escala desarrollada, la AS-25, es autoadministrada y consta de 25 ítems puntuados de 1 a

4 (fuertemente en desacuerdo a fuertemente de acuerdo) que evalúan el apoyo social percibido. Nuestro mayor interés respecto al apoyo social está en la predicción de la salud y sus factores psicosociales determinantes, por lo que se han tenido en cuenta para su desarrollo todos aquellos elementos que la investigación ha mostrado más predictivos en el ámbito de la salud, como son el apoyo social percibido, el apoyo social emocional y los sentimientos de pertenencia. En el presente artículo se presenta una evaluación de las características psicométricas de la AS-25, incluyendo su fiabilidad, validez de constructo, validez convergente y validez predictiva.

Específicamente respecto a la validez predictiva, se analizará la relación entre la AS-25 y medidas de calidad de vida, presencia e intensidad de estados anímicos como la ansiedad y la depresión, el nivel de estrés experimentado en respuesta a eventos vitales estresantes (Martínez-Sánchez y Fernández Castro, 1994; Fernández-Abascal y Palmero, 1999; Schedlowski y Schmidt, 1996; Zeier, Brauchli y Joller, 1996) y el optimismo disposicional. El optimismo disposicional hace referencia a unas expectativas estables y generalizadas de que en la vida ocurrirán cosas positivas (Scheier y Carver, 1987). El optimismo disposicional suele asociarse a una baja información de síntomas de malestar, una menor frecuencia de síntomas físicos de distinto tipo y a un afrontamiento del estrés más óptimo (Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León y González, 2006). El pesimismo y los sentimientos de estrés (Ng y Jeffery, 2003) pueden afectar negativamente a la práctica de conductas saludables, mientras que las conductas saludables pueden ejercer efectos beneficiosos sobre el estrés (Rejeski, Thompson, Brubaker, y Miller, 1992). En pacientes con cáncer de mama, las mujeres optimistas se sienten menos angustiadas frente al diagnóstico que las pesimistas (Scheier y Carver, 1993). Más recientemente, Schou, Ruland, Sandvich y Karesen (2004) observaron que el pesimismo favorecía los trastornos de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, lo que repercutía de forma considerable en su calidad de vida. Por último, los procesos psicológicos y conductuales anteriormente mencionados, parecen tener una influencia recíproca en las interacciones sociales, afectándolas negativamente cuando el estrés es elevado (Alfery, Carver, Antoni, Weiss, y Duran, 2001).

## 2. MÉTODO

### 2.1. Participantes

En el estudio participaron 107 estudiantes de Psicología de la Universidad de Jaén, 85 mujeres y 22 hombres, con una edad media de  $23,6 \pm 4.9$  años.

### 2.2. Instrumentos

Los instrumentos incluidos (ver Anexo I) en el estudio fueron los siguientes:

- Escala de Apoyo Social (AS-25). El objetivo de esta escala es cuantificar la disponibilidad de apoyo social. De los 25 ítems, 10 de ellos (los ítems 2, 3, 5, 7, 8, 12, 15, 16, 18 y 19) son negativos y se puntúan de forma inversa. Se obtiene únicamente una puntuación total, siendo la máxima de 100.
- Escala de Apoyo Social (SS-A) (Vaux, Phillips, Holly, Thompson, Williams y Stewart, 1986). Se creó a partir de la definición de apoyo social aportada por Cobb (1976). Consta de 23 ítems puntuados de 1 a 4 que describen las relaciones con familiares, amigos o conocidos. El sujeto debe afirmar su acuerdo o desacuerdo y el nivel de afinidad con cada una de las situaciones que se le plantean. Esta escala tiene una buena fiabilidad ( $\alpha=.81$ ) y ha sido validada junto con otras medidas de apoyo social y bienestar psicológico. Recoge principalmente tres puntuaciones: la puntuación total (suma de los 23 ítems), el apoyo familiar (suma de 8 ítems) y el apoyo de los amigos (suma de 7 ítems). Los 8 ítems restantes se refieren a otras personas y conocidos. Para esta investigación sólo se ha utilizado la puntuación total.
- Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36), versión Española (Alonso, Prieto y Antó, 1995) La versión original es de los autores Standsfeld, Bosma, Hemingway y Marmot (1998). El cuestionario consta de 36 ítems referentes a 9 niveles básicos de funcionamiento: (1) Función Física, (2) Rol Físico, (3) Dolor Corporal, (4) Salud

General, (5) Vitalidad, (6) Función Social, (7) Rol Emocional, (8) Salud Mental, (9) Evolución declarada de la salud. Dado nuestro interés primordial en la predicción de la salud, seleccionamos los niveles 4, 5, 8 y 9 para el estudio, las áreas que más directamente se relacionan con la salud.

- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), (Zigmond y Snaith, 1983). Esta escala consta de 14 ítems, referidos a síntomas de ansiedad (7) y depresión (7). La correlación de la subescala de ansiedad con el STAI (estado) es de 0,71 y la de la subescala de depresión con el BDI es de 0,74 (Tejero, Guimera y Farré, 1986).
- Escala de Sucesos Vitales (ESVE-R) (Martínez Correa y Reyes del Paso, 2003). Esta escala contiene 44 ítems referentes a sucesos vitales específicos comunes en el ámbito universitario. El sujeto debe indicar si el suceso le ha ocurrido y además especificar la intensidad del estrés experimentado en una puntuación entre 0 y 100. Por último, debe señalar el número de veces que ha experimentado el suceso en el último año.
- Test de Orientación Vital (LOT-R), (Scheier, Carver y Bridges, 1994), versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro, (1998). Los autores (Scheier, Carver y Bridges, 1994) informan de un coeficiente de fiabilidad alfa de 0,87 y una fiabilidad test-retest de 0,74. Consta de 10 ítems que valoran, en función de una escala de 5 puntos, el nivel de acuerdo con las frases incluidas. De los 10 elementos que lo conforman únicamente se consideran 6 para obtener la puntuación en optimismo.

### 2.3. Procedimiento

Los participantes en el estudio rellenaron los cuestionarios en sesiones de grupo en sus clases correspondientes. En el cuadernillo con el material, los instrumentos se presentaron con el siguiente orden: Escala de apoyo social AS-25, Cuestionario de Salud SF-36, Escala de apoyo social SS-A-R, Escala de síntomas somáticas (ESS-R), Test de Orientación Vital LOT-R, Escala

Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), ESVE-R. El tiempo utilizado para completar los instrumentos fue aproximadamente de 45 minutos.

### 3. RESULTADOS

#### (a) *Fiabilidad*

La consistencia interna de la escala se evaluó a través del coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de .87. La fiabilidad también se analizó a través del procedimiento de las dos mitades, siendo el coeficiente Spearman-Brown obtenido de .86.

#### (b) *Validez de constructo (Análisis Factorial)*

Para obtener la validez de constructo se llevó a cabo una extracción de factores mediante análisis factorial. El criterio utilizado para la inclusión de los ítems en cada factor fue que el ítem saturara más de .35 en su propio factor y menos de de .35 en cualquier otro factor. Se eligió una solución factorial de cuatro factores que explicó el 51% de la varianza total. En la tabla 1 aparece reflejada la matriz de componentes rotados para cada ítem a través del método de rotación Varimax con Kaiser. Tras analizar los ítems que saturan en cada factor, éstos fueron denominados: (a) Intereses comunes (ítems 2, 4, 9, 10, 15, 16, 18 y 19), (b) Valoración personal y social (ítems 11, 12, 14, 17 y 20), (c) Consejo y guía (ítems 3, 5, 6, 7, 8, 13 y 24) y (d) Apoyo instrumental (ítems 1, 21, 22, 23 y 25). Todos los ítems superaron el criterio para su inclusión en los factores, no quedando ninguno fuera de la solución factorial.

Las correlaciones entre factores aparecen en la Tabla 2. El factor 1 (Intereses comunes) es el que obtiene correlaciones más elevadas con los demás factores.

| <b>Ítems</b>   |      |
|--|------|
| <u>Factor 1: Intereses comunes</u>   |      |
| 2. Creo que no tengo relaciones personales estrechas con otras personas.                                 | 0.55 |
| 4. Hay gente que disfruta con las mismas actividades sociales que yo.                                    | 0.40 |
| 9. Tengo relaciones estrechas que me dan una seguridad emocional y bienestar.                            | 0.51 |
| 10. Hay alguien con quien puedo hablar sobre importantes decisiones en mi vida.                          | 0.61 |
| 15. No hay nadie con quien pueda contar si realmente lo necesito.  | 0.52 |
| 16. No hay nadie con quien me sienta cómodo hablando sobre problemas.                                    | 0.57 |
| 18. Carezco de un sentimiento de intimidad con otra persona.   | 0.63 |
| 19. No hay nadie a quien le guste hacer lo que yo hago.  | 0.69 |
| <u>Factor 2: Valoración personal y social</u>  |      |
| 11. Tengo relaciones en las que son reconocidas mis capacidades y habilidades.                           | 0.69 |
| 12. No hay nadie que comparta mis intereses y mis preocupaciones.  | 0.58 |
| 14. Tengo un fuerte vínculo emocional con al menos una persona.  | 0.66 |
| 17. Hay personas que admiran mis talentos y habilidades.   | 0.69 |
| 20. Hay gente con quien puedo contar en una situación de emergencia.                                     | 0.49 |
| <u>Factor 3: Consejo y guía</u>  |      |
| 3. No hay nadie a quien pueda recurrir para guiarme en situaciones de estrés o tensión.                  | 0.46 |
| 5. La gente me considera competente.   | -    |
|  | 0.59 |
| 6. Me siento parte de un grupo que comparte mis posturas y opiniones.                                    | 0.59 |
| 7. Considero que la gente no aprecia mis capacidades y habilidades.                                      | 0.53 |
| 8. Si algo fuera mal, nadie vendría a ayudarme.  | 0.75 |
| 13. Tengo a alguien de confianza a quien podría recurrir para que me aconsejara si tengo problemas.      | 0.51 |
| 24. Si decido ir al cine hoy o mañana podría fácilmente encontrar alguien que fuera conmigo.             | 0.38 |
| <u>Factor 4: Apoyo instrumental</u>  |      |
| 1. Hay gente con la que puedo contar si realmente lo necesito.   | 0.53 |
| 21. Conozco a alguien que me podrías prestar 120 euros para ayudarme.                                    | 0.50 |
| 22. Hay gente con la que me relaciono regularmente.  | 0.60 |
| 23. Conozco a alguien que me llevaría la comida a mi habitación a mi piso si estuviera enfermo           | 0.77 |
| 25. Si lo necesitara, mi familia u otras personas me ayudarían de forma continua con un apoyo económico. | 0.78 |

Tabla 1. *Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser*

| Subescalas                             | Factor 2 | Factor 3 | Factor 4 |
|--|----------|----------|----------|
| Factor 1: Intereses comunes            | 0,658**  | 0,563**  | 0,413**  |
| Factor 2: Valoración personal y social |          | 0,470**  | 0,404**  |
| Factor 3: Consejo y guía               |          |          | 0,396**  |
| Factor 4: Apoyo instrumental           |          |          |          |

Tabla 2. *Correlaciones entre los factores del AS-25*

*(c) Validez convergente*

La validez convergente ha sido estudiada analizando las asociaciones entre la AS-25 y otra escala ampliamente utilizada y validada para la valoración del apoyo social, la SS-A. Los resultados muestran altas correlaciones entre los factores e ítems de la AS-25 y la escala SS-A. Como puede verse en la Tabla 3, la puntuación total de la escala AS-25 junto con el factor 2 son los que alcanzan las correlaciones más elevadas.

|      | AS-25    |          |          |          |                  |
|------|----------|----------|----------|----------|------------------|
|      | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 | Factor 4 | Puntuación total |
| SS-A | 0,590**  | 0,624**  | 0,610**  | 0,535**  | 0,746**          |

Tabla 3. Correlaciones de la puntuación total y las subescalas del AS-25 con el SS-A

En la Tabla 4 aparecen reflejadas las correlaciones obtenidas entre los ítems del AS-25 y la puntuación total del SS-A. Los ítems correspondientes a los factores 2, 3 y 1 son los que obtienen las correlaciones más elevadas.

*(d) Validez predictiva*

La validez predictiva de la AS-25 ha sido estudiada analizando la asociación que mantiene esta escala con medidas de calidad de vida derivadas de la SF-36 (subescalas de Salud General, Vitalidad, Salud Mental y Evolución de la Salud), medidas de ansiedad y depresión evaluadas con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), el optimismo disposicional obtenido con el LOT-R, y el estrés asociado a sucesos vitales mediante el ESVE-R. Respecto al estrés psicosocial, ya que la ocurrencia de la mayoría de los sucesos vitales en principio es independiente de la presencia o no de apoyo social, no hay razón para predecir una relación significativa entre apoyo social y la puntuación total en la escala de sucesos vitales. Por ello, la estrategia seguida ha sido el análisis de la asociación entre apoyo social y el grado del impacto psicológico sufrido ante la ocurrencia de eventos vitales específicos (la puntuación en intensidad del estrés).

| Ítems  | SS-A    |
|--|---------|
| 1. Hay gente con la que puedo contar si realmente lo necesito.   | 0,417** |
| 2. Creo que no tengo relaciones personales estrechas con otras personas.                                 | 0,184   |
| 3. No hay nadie a quien pueda recurrir para guiarme en situaciones de estrés o tensión.                  | 0,379** |
| 4. Hay gente que disfruta con las mismas actividades sociales que yo.                                    | 0,326** |
| 5. La gente me considera competente.   | 0,380** |
| 6. Me siento parte de un grupo que comparte mis posturas y opiniones.                                    | 0,465** |
| 7. Considero que la gente no aprecia mis capacidades y habilidades.                                      | 0,378** |
| 8. Si algo fuera mal, nadie vendría a ayudarme.  | 0,329** |
| 9. Tengo relaciones estrechas que me dan una seguridad emocional y bienestar.                            | 0,501** |
| 10. Hay alguien con quien puedo hablar sobre importantes decisiones en mi vida.                          | 0,492** |
| 11. Tengo relaciones en las que son reconocidas mis capacidades y habilidades.                           | 0,513** |
| 12. No hay nadie que comparta mis intereses y mis preocupaciones.  | 0,396** |
| 13. Tengo a alguien de confianza a quien podría recurrir para que me aconsejara si tengo problemas.      | 0,585** |
| 14. Tengo un fuerte vínculo emocional con al menos una persona.  | 0,381** |
| 15. No hay nadie con quien pueda contar si realmente lo necesito.  | 0,616** |
| 16. No hay nadie con quien me sienta cómodo hablando sobre problemas.                                    | 0,520** |
| 17. Hay personas que admiran mis talentos y habilidades.   | 0,481** |
| 18. Carezco de un sentimiento de intimidad con otra persona.   | 0,183   |
| 19. No hay nadie a quien le guste hacer lo que yo hago.  | 0,456** |
| 20. Hay gente con quien puedo contar en una situación de emergencia.                                     | 0,600** |
| 21. Conozco a alguien que me podrías prestar 120 euros para ayudarme.                                    | 0,273** |
| 22. Hay gente con la que me relaciono regularmente.  | 0,343** |
| 23. Conozco a alguien que me llevaría la comida a mi habitación a mi piso si estuviera enfermo           | 0,376** |
| 24. Si decido ir al cine hoy o mañana podría fácilmente encontrar alguien que fuera conmigo.             | 0,463** |
| 25. Si lo necesitara, mi familia u otras personas me ayudarían de forma continua con un apoyo económico. | 0,490** |

Tabla 4. *Correlaciones entre los ítems del AS-25 y la puntuación del SS-A*

Como puede verse en la Tabla 5, los análisis muestran correlaciones positivas significativas con los componentes de la calidad de vida de salud general, vitalidad y salud mental, no existiendo asociación con el componente de evolución de la salud. Las mayores correlaciones se dan para la puntuación total y el factor 3 (Consejo y Guía). La AS-25 se asocia negativamente y de forma significativa con la intensidad de los estados emocionales de ansiedad y depresión. Por último, la AS-25 se asocia significativamente y de forma positiva con el optimismo disposicional.

|                                      | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 | Factor 4 | Puntuación Total |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| <b>Salud General (SF-36)</b>         | 0,240*   | 0,201*   | 0,349**  | 0,164    | 0,321**          |
| <b>Vitalidad (SF-36)</b>             | 0,275**  | 0,133    | 0,384**  | 0,238*   | 0,322**          |
| <b>Salud Mental (SF-36)</b>          | 0,297*   | 0,214*   | 0,307**  | 0,249**  | 0,335**          |
| <b>Evolución de la Salud (SF-36)</b> | 0,040    | 0,067    | -0,006   | 0,019    | 0,060            |
| <b>Ansiedad (HAD)</b>                | -0,343** | -0,198** | -0,280** | -0,290** | -0,344**         |
| <b>Depresión (HAD)</b>               | -0,267** | -0,294** | -0,325** | -0,234*  | -0,348**         |
| <b>LOT-R</b>                         | 0,427**  | 0,345**  | 0,411**  | 0,360**  | 0,475**          |

Tabla 5. Correlaciones entre los factores del AS-25 y algunos componentes de la calidad de vida obtenidos del SF-36, la ansiedad y depresión (HAD) y el optimismo disposicional LOT-R

Respecto al impacto del estrés psicosocial, como puede verse en la Tabla 6, el apoyo social se asocia significativamente a la intensidad del impacto psicológico producido por numerosos eventos vitales. Destacan sobre todo los eventos vitales asociados al ámbito universitario, como comenzar los estudios universitarios, suspender asignaturas, pensar en dejar la universidad, problemas con la economía, infidelidad, pérdida de amistades, etc. En todos estos casos el apoyo social se relaciona negativamente con la intensidad del impacto sufrido por la persona.

| EVENTOS                           | TOTAL              | FACTOR1            | FACTOR2            | FACTOR3        | FACTOR4        |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------|----------------|
| Disputa con los padres            | -0,198 (N=24)      | -0,166 (N=25)      | -0,511* (N=24)     | 0,125 (N=25)   | -0,096 (N=25)  |
| Comenzar estudios universitarios  | -0,368* (N=30)     | -0,499**<br>(N=30) | -0,283 (N=30)      | -0,364* (N=31) | -0,032 (N=31)  |
| Mudarse de casa                   | -0,058 (N=14)      | -0,261 (N=15)      | 0,076 (N=14)       | -0,214 (N=15)  | 0,093 (N=15)   |
| Suspender injustificadamente      | -0,336 (N=27)      | -0,302 (N=28)      | -0,360 (N=27)      | -0,027 (N=28)  | -0,397* (N=28) |
| Suspender varias asignaturas      | -0,450**<br>(N=45) | -0,425**<br>(N=46) | -0,463**<br>(N=45) | -0,333* (N=47) | -0,129 (N=47)  |
| Violaciones menores de la Ley     | -0,644 (N=7)       | -0,653 (N=8)       | -0,753 (N=7)       | -0,282 (N=8)   | -0,763* (N=8)  |
| Irse de vacaciones                | -0,254 (N=56)      | -0,260 (N=55)      | -0,319* (N=56)     | -0,093 (N=56)  | -0,059 (N=56)  |
| Sufrir un accidente de coche      | -0,179 (N=6)       | -0,362 (N=6)       | -0,082 (N=6)       | -0,143 (N=6)   | 0,263 (N=6)    |
| Pensar en dejar la universidad    | -0,408 (N=14)      | -0,309 (N=14)      | -0,324 (N=14)      | -0,508 (N=14)  | -0,208 (N=14)  |
| Conseguir el propio coche         | 0,459 (N=8)        | 0,522 (N=8)        | 0,181 (N=8)        | 0,633 (N=8)    | -0,072 (N=8)   |
| Irse de vacaciones con los padres | -0,287 (N=24)      | -0,533**<br>(N=25) | 0,015 (N=24)       | -0,095 (N=25)  | -0,209 (N=25)  |
| Nueva relación de pareja          | -0,074 (N=18)      | -0,372 (N=18)      | -0,002 (N=18)      | 0,101 (N=18)   | 0,190 (N=18)   |
| Problemas de salud de un familiar | -0,144 (N=25)      | -0,098 (N=24)      | -0,093 (N=25)      | -0,321 (N=25)  | 0,122 (N=25)   |
| Pérdida del empleo                | -0,402 (N=6)       | -0,127 (N=5)       | -0,555 (N=6)       | -0,163 (N=6)   | -0,389 (N=6)   |
| Problemas económicos              | -0,531 (N=12)      | -0,627* (N=12)     | -0,291 (N=12)      | -0,322 (N=12)  | -0,415 (N=12)  |
| Pérdida de un amigo               | -0,619**<br>(N=18) | -0,594**<br>(N=18) | -0,422 (N=18)      | -0,477* (N=18) | -0,431 (N=18)  |
| Ruptura sentimental               | -0,093 (N=18)      | -0,258 (N=19)      | 0,183 (N=18)       | -0,323 (N=19)  | 0,303 (N=98)   |
| Problemas graves de economía      | -0,240 (N=16)      | -0,250 (N=16)      | -0,015 (N=16)      | -0,253 (N=16)  | -0,309 (N=16)  |
| Falta de apoyo social             | -0,425* (N=31)     | -0,568**<br>(N=31) | -0,382* (N=31)     | -0,193 (N=31)  | -0,047 (N=31)  |
| Padecer una infidelidad           | -0,442 (N=11)      | -0,241 (N=11)      | -0,345 (N=11)      | -0,580 (N=11)  | -0,151 (N=11)  |

Tabla 6. Asociación entre los factores de la AS-25 y la puntuación en los eventos vitales estresantes recogidos en la ESVE-R. Dado que se tienen en cuenta eventos concretos, la n es distinta para cada uno de los sucesos. Para simplificar la información, se han excluido de la tabla los eventos con una tasa de prevalencia muy baja en nuestra muestra (sufridos por menos de 6 participantes) o cuya asociación con el apoyo social sea muy baja

#### 4. DISCUSIÓN

El apoyo social constituye un claro factor de protección de la salud. El apoyo social es capaz de disminuir los estados emocionales negativos, reducir las respuestas psicofisiológicas y neuroendocrinas frente al estrés, se asocia a un patrón de actividad inmunológica más óptimo,

promueve comportamientos y hábitos de vida más saludables, etc. El incremento en las redes y en la calidad del apoyo social puede constituir un elemento eficaz en las intervenciones conductuales o psicosociales. Como muestran diversos estudios de intervención en pacientes con trastornos cardiovasculares, cáncer o SIDA, la consecución de un mayor apoyo social conlleva un manejo o control más eficaz de la enfermedad, un mejor curso o evolución y un mayor tiempo de supervivencia (Lett y cols., 2005; Uchino y cols., 1996). Además de una mayor adherencia a los regímenes médico-psicológicos, el apoyo social tiene un peso importante en la determinación del éxito conseguido en intervenciones de promoción de la salud. Por ejemplo, en intervenciones psicológicas en salud, aquellos participantes que dejan la intervención son los que disponen de menos apoyo social, menos percepción de aprobación de su pareja o menos percepción de acceso a recursos de apoyo. Más específicamente, el apoyo social emocional se asocia significativamente al éxito en los programas para dejar de fumar (Uchino y cols., 1996). En conclusión, para todos aquellos profesionales de la salud que entienden ésta desde una óptica biopsicosocial, reconociendo la influencia mutua e interactiva de distintos factores en la determinación final de la salud, se hace necesaria la evaluación de uno de los factores de protección para el que disponemos de mayor evidencia, el apoyo social. El propósito de este estudio ha sido el desarrollo de una escala adaptada a nuestro propio medio social, la AS-25, y la evaluación de sus propiedades psicométricas.

Los resultados han mostrado una buena fiabilidad, con una consistencia interna de .87 y una fiabilidad obtenida por el método de las dos mitades de .86. Respecto a la validez de constructo, el análisis factorial de la AS-25 mostró la existencia de cuatro factores que explican 51% de la varianza total: Intereses comunes, Valoración personal y social, Consejo y guía y Apoyo instrumental. Ningún ítem de la escala se quedó fuera de la solución factorial. Autores consagrados en el estudio del apoyo social, como Barrera y Ainley (1983), a partir de la revisión de trabajos que definen las funciones del apoyo social, identifican hasta seis dimensiones en éste: Ayuda material, Ayuda comportamental, Interacción íntima, Guía, Feedback e Interacción social positiva. Los factores en que se divide la AS-25 facilitan la categorización del apoyo social y la distinción de las áreas que lo componen. El apoyo emocional, el más influyente a nivel físico y psicológico, queda englobado principalmente en el factor 2 (Valoración personal y social). Dimensiones como la ayuda material están enmarcadas en el factor 4 (Apoyo instrumental), la guía y la ayuda comportamental se incluyen en el factor 3 (Consejo y Guía), la interacción íntima

y el feedback se engloban en el factor 2 (Valoración personal y social), y por último, la interacción social positiva estaría encuadrada en el factor 1 (Intereses comunes). Por otro lado, los resultados muestran que los cuatro factores se encuentran altamente correlacionados entre sí, siendo el factor de Intereses comunes el que obtiene las correlaciones más altas con el resto de los factores. Estos resultados sugieren la importancia de tener objetivos e intereses similares con las personas más cercanas del entorno y como esta cualidad puede influir sobre el resto de las áreas del apoyo social.

Respecto a la validez convergente, uno de los objetivos planteados fue estudiar la relación de la AS-25 con otro instrumento de medida del apoyo social. Para ello elegimos el SS-A (Vaux y cols., 1986), un instrumento ampliamente reconocido a nivel internacional. Los resultados muestran correlaciones altas y significativas entre la puntuación total y los factores de la AS-25 y la puntuación total de la SS-A. La puntuación total de la AS-25 es la que muestra la correlación más alta con la SS-A. Así mismo, la mayoría de los ítems individuales de la AS-25 muestran correlaciones significativas con la SS-A.

Por último, respecto a la validez predictiva, tanto la puntuación total de la escala como las de sus factores constituyentes, muestran correlaciones significativas con instrumentos de medida de la calidad de vida, ansiedad y depresión, optimismo y eventos vitales. En cuanto a la calidad de vida, se obtienen asociaciones positivas significativas para Salud General, Vitalidad y Salud Mental. Además de la puntuación total, el factor 3 (Consejo y Guía) es el que muestra las correlaciones más altas. El componente de Evolución de la salud no muestra asociación con nuestra medida de apoyo social. Este resultado negativo puede ser explicado partiendo de la necesidad de padecer en la actualidad un problema de salud para poder establecer un juicio respecto a la evolución del mismo en dos momentos temporales, algo que no ocurría en nuestra muestra de estudiantes. Estos resultados corroboran las conclusiones a las que llegan otros estudios que enfatizan la relación positiva entre apoyo social y salud (Ross, 1994; Hytko y Kright, 1999; O'Connel y cols., 1999; Brady, Peterman, Fitchett, Mo, y Cella, 1999; Shosharah, y Maly, 1999). Respecto a los estados emocionales, las puntuaciones en la AS-25 predicen significativamente unos menores niveles de ansiedad y depresión medidos con la HAD, lo que corrobora los resultados de varios estudios previos (Lin 1986; Berkman y Orth-Gomér, 1996). También se ha encontrado una asociación positiva significativa entre nuestra medida de apoyo

social y el optimismo disposicional. La relación entre optimismo y apoyo social refleja la importancia de las redes sociales para hacer frente a las adversidades y para el bienestar psicológico. Para definir el optimismo vital, Scheier y Carver (1985) tomaron como punto de partida un modelo de autorregulación conductual. Según éste, cuando surgen dificultades, las expectativas favorables incrementan los esfuerzos de las personas para alcanzar objetivos, mientras que las expectativas menos favorables reducen estos esfuerzos, incluso llegando a abandonar la tarea. En este sentido, el apoyo social parece operar en estas expectativas futuras, además de facilitar la perseverancia y la actitud positiva. Por último, las puntuaciones en la AS-25 son capaces de predecir el impacto psicológico sufrido tras la ocurrencia de diversos eventos vitales estresantes específicos, de modo que el mayor apoyo social se asocia a una menor reacción de estrés tras el suceso. Estos resultados corroboran la hipótesis del efecto amortiguador del apoyo social sobre el estrés.

En conclusión, la AS-25 presenta unos buenos índices de fiabilidad y validez convergente, una estructura factorial compuesta de cuatro factores que se relacionan con dimensiones claramente establecidas y validadas en el apoyo social y que explican la mayor parte de la variabilidad en la escala, y una buena capacidad predictiva respecto a distintos factores de relevancia para la salud como la calidad de vida, los estados emocionales, el optimismo y el estrés percibido. Como muestran los resultados respecto a validez convergente y predictiva, la puntuación total en la escala es la que muestra, en general, los resultados más favorables. Ello sugiere que puede bastar con el uso sólo de la puntuación total, y que no se pierde información ni capacidad predictiva al obviar los factores específicos. Las propiedades psicométricas de la AS-25 muestran que puede ser un instrumento útil en la evaluación del apoyo social para todos aquellos profesionales-investigadores comprometidos en un modelo multidimensional biopsicosocial de la salud.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbas, A.K. y Lichtman, A.H. (2003). *Cellular and molecular immunology*. Philadelphia: Harcourt Brace and Company.

- Alfery, S.M., Carver, C.S., Antoni, M.H., Weiss, S. y Duran, R.E. (2001). An exploratory study of social support, distress and life disruption among low-income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology, 20*, 41-46.
- Allen, K., Shykoff, B.E. y Izzo, J.L. (2001). Pet ownership, but not ACE inhibitor therapy, blunts home blood pressure responses to mental stress. *Hypertension, 38*, 815-820.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica, 104*, 771-776.
- Antonucci, T. C. y Johnson, E. H. (1994). *Conceptualization and methods in social support theory and research as related to cardiovascular disease*. En S. A. Shumaker y S. M. Czajkowsky (Eds.), *Social support and cardiovascular disease. Plenum Series in behavioral psychophysiology and medicine*. (pp.21-39). Nueva York: Plenum Press.
- Barrera M. y Ainley S. (1983). The structure of social support. A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology, 11*, 133-144.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. y Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *Social Science Medicine, 51*, 843-857.
- Berkman, L.F. y Orth-Gomér, K. (1996). *Prevention of cardiovascular morbidity and mortality: Role of social relations*. En K. Orth-Gomér and N. Schneiderman (Eds), *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brady, M.J., Peterman, A.H., Fitchett, G., Mo, M., Cella, D. (1999). Case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology, 8*, 417-428.
- Brummett, B.H., Barefoot, J.C., Siegler, I.C., Clapp-Channing, N.E., Lytle, B.L., Bosworth, H.B., Williams, R.B. y Mark, D.B. (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine, 63*, 267-272.
- Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. España: Editorial Siglo Veintiuno. España.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.
- Cohen S y Ashby T. (1995). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-57.

- Cohen S y Syme SL. (1985). *Issues in the application and study of social support*. En: Cohen S, Syme SL, Eds. *Social Support and Health*. (pp. 3-22). Orlando, FL: Academic Press
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical diseases. *Health Psychology, 7*, 269-297.
- Cohen, S. y McKay, G. (1984). *Social support, stress and buffering hypothesis. A theoretical analysis*. En A. Baum, J.E. Singer y S.E. Taylor (Eds.): *Handbook of Psychology and Health*. (pp. 253-267). Hillsdale: Erlbaum.
- Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.
- Esterling, B.A., Kiecolt-Glaser, J.K y Glaser, R. (1996). Psychosocial modulation of cytokine-induced natural Killers cell activity in older adults. *Psychosomatic Medicine, 58*, 264-272.
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Hyun, C.S., Guthrie, D., Fahey, J.L. y Morton, D. (1993). Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival six years later. *Archives of General Psychiatry, 50*, 681-9.
- Fernández-Abascal, E.G. y Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M. y Bourassa, M.G. (2000). Social support, depression and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation, 101*, 1919-1925.
- García-León, A. y Reyes del Paso, G.A. (2009). Early risk factors for coronary artery disease. En S. Bhave y S. Saine (Eds.), *AHA-Syndrome and Cardiovascular Diseases*. (pp. 185-199). New Delhi: Anamaya Publishers.
- Glynn, L.M., Christenfeld, N. y Gerin, W. (1999). Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine, 61*, 234-242.
- Hibbard, J.H. y Pope, C.R. (1993). The quality of social roles as predictors of morbidity and mortality. *Social Science and Medicine, 36*, 217-25.
- Hytko, J. y Kright, S. (1999). Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-oncology, 8*, 439-450.
- House, J.S., Landis, H.R., y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science, 241*, 540-545.
- House, J.S y Kahn, R.L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen y S.L. Syme (Eds.), *Social support and health*. (pp. 83-108). New York: Academic Press.

- King, L.A., Mattimore, L.K., King, D.W. y Adams, G.A. (1995). Family Support Inventory for Workers: a new measure of perceived social support from family members. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 235-258.
- Knox, S.S. y Uvnäs-Moberg, K. (1998). Social isolation and cardiovascular disease: an atherosclerotic pathway? *Psychoneuroendocrinology*, 23, 877-890.
- Lee, M. y Rotheram-Borus, M.J. (2001). Challenges associated with increased survival among parents living with HIV. *American Journal Public Health*, 91, 1303-1309.
- Lett, H.S., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Strauman, T.J., Robins, C., Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67, 869-878.
- Levine, S., Coe, C. y Wiener, S.G. (1989). *Psychoneuroendocrinology of stress: A psychobiological perspective*. En F.R. Brush y S. Levine (Eds.), *Psychoendocrinology* (cap. 7). NY: Academic Press.
- Lewis, M.A. y Rook, K.S. (1999). Social control in personal relationships: Impact on health behaviors and psychological distress. *Health Psychology*, 18, 63-71.
- Lin, N. (1986). *Conceptualizing social support*. En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (comps.). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.
- Lutgendorf, S.K., Sood, A.K., Anderson, B., Sorosky, J.I., Buller, R.E. y Lubaroff, D.M. (2000). Social support, psychological distress and natural Killers cell activity in ovarian cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 7105-7113.
- Lynch, S. (1995). "Who Support Whom? Age and Gender Affect the Perceived Quality of Support from family and Friends". *The Gerontologist*, 38, 239-246.
- Martínez-Correa, A. y Reyes del Paso. (2003). Validación de una escala de sucesos vitales para estudiantes universitarios. *Clínica y Salud*, 14, 281-299.
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G.A., García-León, A. y González-Jareño, M.I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18, 66-72.
- Martínez, M. (1995). "La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social". *Revista de Psicología Social*, 10, 61-74.
- Martínez-Sánchez, F. y Fernández Castro, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. Presentación del Monográfico. *Anales de Psicología*, 10, 101-110.

- Miyazaki, R., Ishikawa, T., Nakata, A., Sakurai, T., Miki, A., Kawakami, N., Fujita, O., Kobayashi, F., Haratani, T., Imori, H., Sakami, S., Fujioka, Y. y Kawamura, N. (2005). Association between perceived social support and Th1 dominant cancer. *Biological Psychology*, 70, 30-37.
- Ng, D.M. y Jeffery, R.W. (2003). Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health Psychology*, 22, 638-642.
- O'Connell, K., Lofly, M., Fleck, M., Mengech, A., Eisemann, M., Elbi, H., Schwartzmann, L. (WHOQOL GROUP) (1999). How do spiritual, religious and personal health beliefs affect quality of life: further development into the World Health Organization (WHOQOL-100) measure. *Quality of Life Research*, 8, 606.
- O'Reilly, P. (1988). Methodological issues in social support and social network research. *Social Science Medicine*, 26, 863-873.
- Otero, J.M., Luengo, A., Romero, E. Gómez, J.A. y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Perry, S., Fishman, B. Jacobsberg, L. y Frances, A. (1992). Relationships over 1 year between lymphocyte subset and psychosocial variables among adults with infection by human immunodeficiency virus. *Archives of General Psychiatry*, 49, 396-401.
- Rejeski, W.J., Thompson, A., Brubaker, P.H. y Miller, H.S. (1992). Acute exercise: Buffering psychosocial stress responses in women. *Health Psychology*, 11, 355-362.
- Richardson, J.L., Zarnegar, Z., Bisno, B. y Levine, A.M. (1990). Psychosocial status at initiation of cancer treatment and survival. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 189-201.
- Ross, L. (1994). Spiritual Aspects of Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 43.
- Rutledge, T., Reis, S.E., Olson, M., Owens, J., Kelsey, S.F., Pepine, C.J., Mankad, S., Rogers, W.J., Merz, C.N.B., Sopko, G., Cornell, C.E., Sharaf, B. y Matthews, K.A. (2004). Social networks are associated with lower mortality rates among women with suspected coronary disease: The National Heart, Lung and Blood Institute-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 882-888.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G. y Pierce, G.R. (1990). *Social Support: An international view*. (pp. 267-296). New York: Wiley
- Schedlowski M. y Schmidt RE. (1996). Stress and the immune system. *Naturwissenschaften* 83, 214-220.

- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M., Carver, C. y Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 063-1078.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1993). On the power of positive thinking: the benefits of being optimistic. *Psychological Science*, 2, 26-30.
- Schou, O., Ruland, C.M., Sandvich, L. y Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13, 309-320.
- Shosharah, F. y Maly, R. (1999). Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psycho-oncology*, 8, 408-416.
- Spiegel, D. y Kato, P.M. (1996). Psychosocial influences on cancer incidence and progression. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 10-26.
- Standfeld, S.A., Bosma, H., Hemingway H., y Marmot, M.G. (1998). Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 247-255.
- Streeter, C. L. y Franklin, C. (1992). Defining and measuring social support: Guidelines for social work practitioners. *Research on Social Work Practice*, 2, 81-98.
- Tejero A, Guimera EM y Farré Jea. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- Theorell, T., Blomkvist, V., Jonsson, H., Schulman, S., Berntorp, E. y Stigendahl, L. (1995). Social support and the development of immune function in human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatic Medicine*, 57, 32-363.
- Thoits, P.A. (1992). Identity structures and psychological well being: Gender and marital status comparisons. *Social Psychology Quarterly*, 55, 236-256.
- Uchino, B.N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377-387.

- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T. y Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
- Van der Pompe G., Antoni M.H. y Heijnen C.J. (1996). Elevated basal cortisol levels and attenuated ACTH and cortisol responses to a behavioral challenge in women with metastatic breast cancer. *Psychoneuroendocrinology*, 21, 361-74.
- Vaux, A. (1990). *The assessment of social support*. Trabajo presentado en el Simposium Internacional. *The Meaning and Measurement of Social Support*, Frankfurt, Alemania.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thompson, B., Williams, D. y Stewart, D. (1986). The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of Reliability and Validity. *American Journal of Community Psychology*, 14, 195-219.
- Zeier, H., Brauchli, P. y Joller Jemelka, H.I. (1996). Effects of work demands on immunoglobulin A and cortisol in air traffic controllers. *Biological Psychology*, 42, 413-23.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

## **Capítulo VI:**

### **Predicción del pronóstico en el cáncer hematológico a partir del apoyo social**

## 1. INTRODUCCIÓN

El apoyo social está considerado como un factor que produce beneficios generales para la salud, bien a través de la generación de efectos positivos directos, o actuando como mecanismo mediador entre estrés y enfermedad para reducir la reacción psico-biológica del organismo frente al estrés (Cohen y Wills, 1985; House y cols., 1988; Levine, Coe y Wiener, 1989; Cohen, 1988; House, Landis y Umberson, 1988; Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002). La dimensión más influyente para la salud parece ser el apoyo social emocional, especialmente de las fuentes familiares de apoyo (Uchino y cols., 1996).

En cuanto al cáncer, varios autores han observado que la calidad del apoyo social es de vital importancia para esta población de enfermos. A través del apoyo social, el modelado y el refuerzo por parte de otras personas se favorecen conductas de enfrentamiento activo para la solución de problemas, permitiendo así que los individuos aprendan a desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas para la salud (Levy y Wise, 1988; Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León, González, 2006). En un estudio en el que participaron mil mujeres a las que se les acababa de diagnosticar un cáncer de mama, se encontró que las que informaron de falta de apoyo social en sus vidas tuvieron una tasa doble de mortalidad a los cinco años (Reynolds y cols., 1994). Estudios de intervención han mostrado que el incremento en las relaciones de apoyo social es capaz de alargar la supervivencia al igual que la calidad de vida de estos pacientes (Spiegel, 1989; 1990; Fawzy, Fawzy y Hyun, 1993; Richardson, Zarnegar, Bisno y Levine, 1990; Van der Pompe, Antoni y Heijnen, 1996).

El apoyo instrumental y emocional de un confidente disminuye considerablemente la depresión siguiente a un evento vital estresante (Cassel, 1976; Cobb, 1976; House, Robbins y Metzner, 1981; Turner, 1983; Kessler y McLeod, 1985; Lin y col., 1982). Desafortunadamente, algunos eventos vitales, como el diagnóstico de cáncer, parecen conllevar una disminución del número de contactos de apoyo. Los efectos de la enfermedad física y el tratamiento (fatiga, dolor, náuseas) pueden conducir a la disminución de la oportunidad de contacto social. Bloom y Spiegel (1984) demostraron que los pacientes con cáncer pueden a veces reducir sus actividades sociales, dando paso a la limitación de oportunidades para mantener y recibir interacciones de apoyo. Asimismo, el apoyo parece menos disponible en enfermos de cáncer

debido al peligro e incomodidad que las redes de amistad parecen sentir hacia un amigo enfermo (Peters-Golden, 1982; Wortman y Dunkel-Schetter, 1987). De esta forma, los pacientes con cáncer se enfrentan con un evento vital monumentalmente estresante con el que parecen disminuir los recursos de apoyo social, cuando es más necesario y puede generar mayor impacto positivo.

Existe evidencia de que un apoyo social deficiente podría estar relacionado con una baja actividad del sistema inmunológico, y específicamente de las células naturales asesinas (NK) (Levy y cols., 1985; Uchino y cols., 1996), lo que favorecería la aparición no sólo de recidivas sino también de la enfermedad. De forma inversa, se ha observado una mayor actividad de las células NK en pacientes con cáncer de mama que disponen de una mayor calidad de apoyo emocional por parte de sus esposos, perciben más apoyo social de los médicos y utilizan la estrategia de enfrentamiento de la búsqueda de apoyo social (Levy, Herberman, Whiteside, Sanzo, Lee y Kirkwood, 1990). Lekander, Furst, Rotstein, Blomgren y Fredikson (1996) han observado que la actividad de los glóbulos blancos se ve afectada por los niveles de apoyo social en mujeres con cáncer de mama y como la percepción de apoyo social influye también el porcentaje de granulocitos regenerados tras el proceso quimioterapéutico. Estos datos son congruentes con estudios que muestran que el tratamiento psicológico destinado a potenciar los vínculos de apoyo social incrementa notablemente el tiempo de supervivencia en mujeres con cáncer de mama metastásico (Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil, 1989).

¿Cuáles serían los mecanismos psicofisiológicos o neurohormonales que pueden vincular el apoyo social al cáncer?. Una de las hipótesis más plausibles es que el apoyo social pudiera modular la actividad neuroendocrina, especialmente del Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenocortical, afectando a la secreción de cortisol (Uchino y cols., 1996). Contrada y cols. (1990), en su teoría de las dos vías, sostienen que la pérdida de apoyo social, al igual que la depresión-desesperanza, resulta en un factor de riesgo para el cáncer al asociarse a niveles incrementados de cortisol. La secreción de cortisol aumenta ante percepción de amenaza, pérdida de control, emociones negativas, malestar psicológico, etc., y actualmente está fuera de toda duda su efecto inmunosupresor (Mc Ewen, 1998; García de la Banda, Martínez-Abascal, Riesco y Pérez, 2004). De especial relevancia respecto al cáncer, el cortisol disminuye el número y actividad de las NK,

células programadas genéticamente para reconocer células tumorales o infectadas por virus, constituyendo la primera línea defensiva ante estas agresiones (Irwin y cols., 1988).

El objetivo principal de esta investigación fue valorar la posibilidad de predecir el pronóstico del cáncer a partir del nivel de apoyo social del paciente, controlando otras variables mediadoras que podrían estar modulando esta relación, como pueden ser las estrategias de afrontamiento, el estrés, los estados emocionales (ansiedad y depresión) y la calidad de vida. Para valorar la posible mediación del Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenocortical en esta relación se evaluó el nivel de cortisol en saliva.

## **2. MÉTODO**

### **2.1. Participantes**

En el estudio participaron 27 pacientes oncológicos con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin, Linfoma no Hodgkin y Mieloma Múltiple, procedentes de la consulta de Hematología del Hospital Ciudad de Jaén. Las edades de estos pacientes estaban comprendidas entre 20 y 78 años. Se escogieron estos tipos de cáncer por su similitud en cuanto al método diagnóstico, tipo de tratamiento, afectación del mismo tipo de células y relación con el sistema linfático e inmunológico. El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad en estos pacientes fue de unos meses a un año.

### **2.2. Instrumentos de evaluación**

Además de una entrevista previa y el análisis de las historias clínicas, los pacientes fueron evaluados a través de los siguientes instrumentos (ver Anexo I):

- *Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD; Zigmond y Snaith, 1983).* Consta de 14 ítems, referidos a síntomas de ansiedad y depresión. La correlación

de la subescala de ansiedad con el STAI (estado) es de 0,71 y la de la subescala de depresión con el BDI es de 0,74.

- Inventario de Estrés y Estrategias de Afrontamiento para enfermos de cáncer (ISEAC), instrumento elaborado para esta investigación a partir del Inventario de Situaciones Potencialmente Estresantes en Cuidadores (Muela, Torres y Peláez, 2002). En este instrumento se enfatiza la situación específica que padece el enfermo de cáncer, evaluándose el número de situaciones estresantes para el enfermo, el tipo de estrategias utilizadas por el mismo (ninguna, distracción cognitiva, deseo irracional, evitación, apoyo emocional, estoicismo, negación, catarsis, relajación, acción directa y redefinición de la situación) en las situaciones estresantes específicas de la enfermedad oncológica (emociones negativas, apoyo social, preocupación por el tratamiento, temor al pronóstico y área funcional).
- Escala de Apoyo Social (AS-25), elaborada para este conjunto de estudios y mencionada en el capítulo anterior, en la que el paciente indica el nivel de apoyo general recibido y si este apoyo proviene de familiares o de amigos. Consta de 25 ítems que se puntúan de 1 a 4.
- Escala de Funcionamiento o Calidad de vida (SF-36), (Alonso, Prieto y Antó, 1995), en la que el paciente responde a cuestiones referentes a sus actividades diarias para determinar el impacto de la enfermedad en su vida. Consta de 11 ítems referentes a 9 niveles básicos de funcionamiento, en los que una puntuación mayor hace referencia a una mejor calidad de vida (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y evolución declarada de la salud).

### 2.3. Evaluación del cortisol

La evaluación de los niveles de cortisol se realizó mediante la determinación del nivel libre en saliva, método que indica de forma precisa las concentraciones sanguíneas (Riad-Fahmy y cols., 1982, 1987; Vining y McGinley, 1986, 1987). Para ello se utilizó un “salivette” o algodón impregnado en ácido cítrico para favorecer la salivación. El paciente se introducía en la boca el pedacito de algodón hasta que percibiera que se hallaba humedecido de saliva. Se tomaron tres muestras correspondientes a los siguientes momentos horarios durante la misma mañana: 1) llegada del paciente a la cita en la consulta de Hematología (9.00 horas); 2) tras la realización de la evaluación objeto de este estudio (11.30 horas); y 3) durante la espera del ingreso (12.30 horas). Estas muestras pueden reflejar tanto el ritmo circadiano del cortisol, principalmente el declive típico que se observa durante la mañana, como la reactividad frente a un estresor, en este caso la intervención médica hospitalaria. Las muestras de saliva fueron analizadas mediante técnicas de radioinmunoensayo a través del protocolo descrito por Kirschbaum y cols. (1989).

### 2.4. Procedimiento

La evaluación psicológica para este estudio se llevó a cabo en una sala contigua a la consulta de Hematología. Antes de acceder a la consulta, cada paciente firmó un consentimiento informado que justificaba su acuerdo en la participación en este estudio. La información se recogió a través de una entrevista directa con el enfermo. Para una evaluación operacional del pronóstico se llevaron a cabo reuniones con el Jefe de Servicio de Hematología con el fin de categorizar las diferentes historias clínicas en estados “favorables” o “desfavorables”. Para ello se estudió el historial de cada paciente y se analizaron variables correspondientes a: 1) la sintomatología (algunos síntomas ponen de manifiesto la progresión de la neoplasia); 2) la respuesta al tratamiento (si existe mejoría tras recibir varias sesiones de quimioterapia o si por el contrario se mantiene igual o tiende a empeorar); 3) la presencia de recaídas, es decir, si tras una curación de la enfermedad vuelve a reincidir el proceso patológico; 4) el estadio de la enfermedad (cada patología aquí estudiada tiene un número diferente de estadios que señalan el avance de la enfermedad); 5) la edad (la mayor edad está relacionada con un peor pronóstico); y 6) el

diagnóstico (si se trata de linfoma de Hodgkin, no Hodgkin o mieloma múltiple), ya que el linfoma de Hodgkin está asociado, por lo general, con un pronóstico más positivo. El oncólogo era “ciego” respecto al resultado de la evaluación psicológica. En la Tabla 1 aparece reflejada la clasificación realizada del pronóstico. Los pacientes diagnosticados con linfoma de Hodgkin presentaron un mejor pronóstico que los diagnosticados de linfoma no Hodgkin. Los diagnósticos de Mieloma Múltiple se mostraron más equiparados en cuanto al pronóstico que los otros tipos.

| Pronóstico         | Favorable | Desfavorable |
|--------------------|-----------|--------------|
| Linfoma de Hodgkin | 10        | 1            |
| Linfoma no Hodgkin | 2         | 9            |
| Mieloma Múltiple   | 3         | 2            |
| Totales            | 15        | 12           |

Tabla 1. Clasificación del pronóstico de los pacientes en función del tipo de cáncer. Los criterios utilizados para la clasificación se describen en la sección de procedimiento.

## 2.5. Análisis estadísticos

Las relaciones entre variables continuas se evaluaron mediante correlaciones bivariadas tipo Pearson. Las relaciones entre las variables continuas (variables psicosociales y cortisol) y el pronóstico (dicotómico) se analizaron mediante el coeficiente de correlación de Nagelkerke. Para establecer la relación de predicción entre las variables continuas tomadas en el estudio como variables predictoras (variables psicosociales y nivel de cortisol salival) y la variable dependiente dicotómica (tipo de pronóstico) se llevaron a cabo regresiones logísticas binarias con el método condicional hacia adelante. Finalmente, para establecer posibles diferencias en función del sexo o entre los pacientes categorizados de pronóstico favorable versus desfavorable se llevaron a cabo ANOVAs de un factor.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Niveles de cortisol salival

Los niveles medios de cortisol salival fueron  $46.62 \pm 85.75$ ,  $45.11 \pm 67.33$  y  $35.12 \pm 35.66$  nanomoles por litro, en la primera (9.00 h), segunda (11.20 h) y tercera (12.30 h) muestras, respectivamente. Como se puede apreciar, se encuentra el típico declive durante la mañana.

#### 3.2. Relación entre el apoyo social, el nivel de cortisol y las variables psicosociales

El apoyo social familiar mostró valores mucho mayores que el recibido de los amigos ( $14.22 \pm 2.9$  versus  $3.96 \pm 4.29$ ;  $F(1.26) = 4.79$ ,  $p < .05$ ). Las puntuaciones en apoyo social total se asocian negativamente al nivel de cortisol durante la segunda ( $r = -.241$ ) y tercera ( $r = -.261$ ) tomas, aunque con el tamaño de nuestra muestra estas correlaciones no llegan a ser significativas. En cuanto a la afectividad, el apoyo social total se asocia negativamente a las puntuaciones en depresión ( $r = -.413$ ,  $p < .01$ ); la correlación con ansiedad es no significativa ( $r = -.111$ ). En cuanto a las situaciones estresantes de la enfermedad, el apoyo social total se asocia negativamente a las situaciones estresantes de apoyo social asociadas a la enfermedad (soledad, aislamiento, falta de comprensión por el familiar, ausencia de diálogo, falta de entendimiento;  $r = -.471$ ,  $p < .01$ ). Respecto a la calidad de vida, el apoyo social total se asocia negativamente con la evaluación de la evolución declarada de la salud ( $r = -.489$ ,  $p < .01$ ) y positivamente con el rol emocional ( $r = .399$ ,  $p < .05$ ).

#### 3.3. Relación entre las variables psicosociales, el nivel de cortisol y el pronóstico

Al estudiar la relación de las variables psicológicas evaluadas con el pronóstico de la patología cancerígena se obtuvieron correlaciones significativas respecto al apoyo social total ( $r = .708$ ,  $p < .01$ ), las estrategias de afrontamiento de catarsis ( $r = .545$ ,  $p < .01$ ) y relajación ( $r = -.46$ ,  $p < .01$ ), y algunos componentes de la calidad de vida como la evaluación que el paciente realiza sobre la evolución declarada de su salud ( $r = -.46$ ,  $p < .01$ ) y la función social ( $r = -.43$ ,  $p < .05$ ). Los niveles de

cortisol en la segunda ( $r=-.429$ ,  $p<.05$ ) y tercera ( $r=-.385$ ,  $p<.05$ ) tomas se asociaron a un pronóstico más negativo. La diferencia en la caída de cortisol de la primera a la segunda muestras también se asoció a un pronóstico más negativo ( $r=-.394$ ,  $p<.05$ ). Corroborando los resultados anteriores, el análisis de varianza muestra diferencias significativas entre los grupos con pronóstico favorable y desfavorable en apoyo social total ( $83,87\pm 6,413$  versus  $74\pm 6,17$ ,  $F(1,26)= 7.75$ ,  $p<.01$ ), las estrategias de afrontamiento de catarsis ( $.4\pm .632$  versus  $0\pm 0$ ,  $F(1,26)= 4.76$ ,  $p<.05$ ), y relajación ( $.33\pm .488$  versus  $.92\pm .9$ ,  $F(1,26)= 4.63$ ,  $p<.05$ ), y la evaluación de la evolución declarada de la salud ( $3.8\pm 1.14$  versus  $4.58\pm .66$ ,  $F(1,26)= 4.38$ ,  $p<.05$ ). El subcomponente de la calidad de vida de la función social ( $6.6\pm 2.19$  versus  $8.33\pm 2.26$ ,  $F(1,26)= 4.03$ ,  $p=.056$ ), y los niveles de cortisol en la segunda ( $24.95\pm 25.39$  versus  $70.38\pm 93.01$ ,  $F(1,26)= 3.3$ ,  $p=.08$ ) y tercera ( $24.56\pm 28.42$  versus  $48.3\pm 40.29$ ,  $F(1,26)= 3.2$ ,  $p=.086$ ) tomas quedaron en el límite de la significación. Como la mayor edad se consideró uno de los criterios médicos que contribuían a un mal pronóstico, y en nuestra muestra el apoyo social total se asocia negativamente con la edad ( $r=-.405$ ,  $p<.05$ ), pudiera ser plausible que, al menos en parte, la relación entre apoyo social y pronóstico estuviera confundida por el factor edad. Para controlar este efecto se realizó un análisis de covarianza de un factor introduciendo como covariable la edad. El ANCOVA siguió mostrando efectos significativos del pronóstico sobre el apoyo social ( $F(1, 24)=9.86$ ,  $p<.01$ ).

### 3.4. Predicción del pronóstico

En el análisis de regresión logística para predecir el pronóstico se introdujeron como variables predictoras las restantes variables evaluadas, incluida la edad para controlar estadísticamente su posible efecto contaminante sobre la relación entre el apoyo social y el pronóstico. El análisis mostró dos modelos con capacidad predictiva significativa. En el más simple sólo entra como variable predictora el apoyo social total ( $r^2=.502$ ,  $\beta=.238$ , Wald ( $W$ )=7.2,  $p<.01$ ). Este modelo predice el 73.3% de los casos favorables y el 83.3% de los casos desfavorables (con una eficacia global del 77.8%). En el segundo modelo entra a formar parte la función física de la calidad de vida y la ansiedad ( $\beta=.781$ ,  $W=5.2$ ,  $p<.05$  para el apoyo social total;  $\beta=.765$ ,  $W=5.2$ ,  $p<.05$  para la función física; y  $\beta=.869$ ,  $W=4.6$ ,  $p<.05$  para la ansiedad). Este modelo tiene una  $r^2$  de .832 y es capaz de predecir el 93.3% de los casos favorables y el 91.7% de los casos

desfavorables (con una eficacia global del 92.6%). En un tercer modelo, pero que no llega a aportar un cambio significativo con respecto al anterior, entra la estrategia de afrontamiento del estoicismo, en este caso asociándose a mal pronóstico.

#### **4. DISCUSIÓN**

Los niveles de cortisol salival recogidos, en cualquiera de sus muestras, reflejan una cantidad superior a la esperada a partir de investigaciones anteriores con población normal. En la Figura 1 puede apreciarse el perfil comparativo de los niveles de cortisol obtenidos en el presente estudio y los informados por Kirschbaum y Hellinfoma de Hodgkinammer (2000) en población sana. Este aumento podría ser debido a variables disposicionales o a la exposición ambiental a estímulos estresantes (Mason, 1968; Basset y cols., 1978; Ben-Aryeh y cols., 1989; García de la Banda, Martínez-Abascal, Riesco y Pérez, 2004). En este sentido, es destacable el efecto activador que parece ejercer el ámbito hospitalario y la realización de pruebas médicas (Ben-Aryeh y cols., 1989), siendo éste el medio utilizado para la evaluación en esta investigación. El estrés suele ir asociado a la elevación de los niveles de cortisol (McDaniel, Musselman, Porter, Reed y Nemeroff, 1995) y éste, a un empeoramiento del grado tumoral, como muestran algunos estudios que encuentran un crecimiento acelerado de tumores a través de las acciones inmunosupresoras del cortisol (McEwen, 1998).

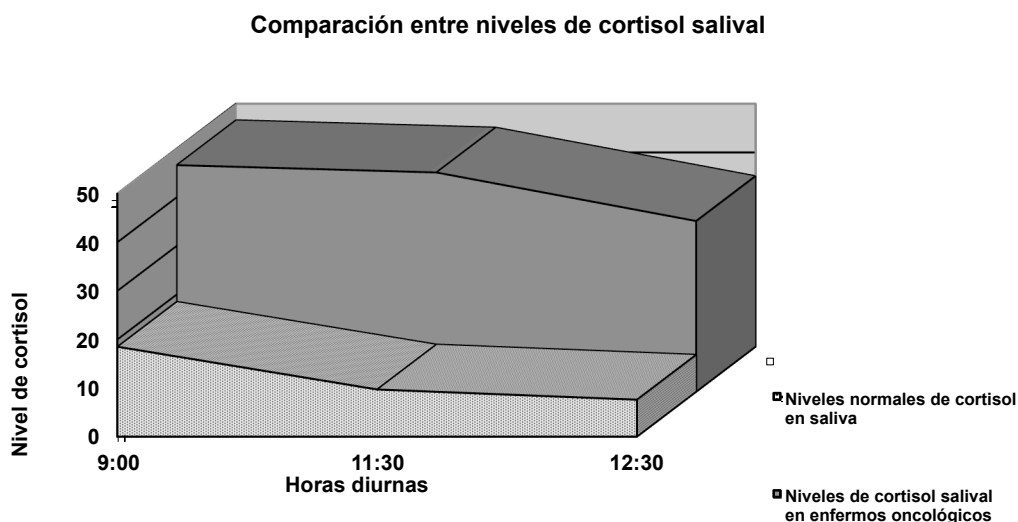


Figura 1. Perfil comparativo de los niveles de cortisol salival obtenidos en el presente estudio y los obtenidos por Kirschbaum y Hellinoma de Hodgkinammer (2000) en población sana. Los valores están expresados en nanomoles por litro.

La evaluación diferencial del apoyo social en función de su fuente muestra unas medias superiores en apoyo familiar, con bajas puntuaciones en el apoyo recibido por amigos. Esto corrobora la importancia de la familia en la cultura mediterránea. No obstante, en los diversos análisis realizados sólo el apoyo social total se ha asociado significativamente con las restantes variables evaluadas.

El apoyo social total se asocia significativamente a menores niveles de depresión, pero no de ansiedad. Respecto a las estrategias de afrontamiento y su adecuación, las puntuaciones en apoyo social se asocian a menores niveles de estoicismo y mayores niveles de catarsis. Este resultado es significativo desde el punto de vista clínico, ya que el estoicismo se ha asociado negativamente a la salud en general y específicamente al cáncer, mientras que la catarsis está considerada generalmente como un elemento terapéutico. La aceptación estoica de la enfermedad parece ser una estrategia ampliamente utilizada por los enfermos oncológicos y forma parte como elemento integrador de la evitación emocional, característica asociada a la recurrencia y peor evolución de la enfermedad (Conrada, Leventhal y O'Leary, 1990). Es de destacar que en nuestro estudio la estrategia de catarsis es más utilizada por las mujeres que por los hombres (ningún paciente varón informó de su uso), mientras que la distracción cognitiva es más utilizada por los hombres. La primera diferencia puede ser explicada por las normas y

tabús socioculturales referentes a las diferencias de género en expresividad emocional, mientras que la segunda diferencia corrobora los resultados de algunos estudios que muestran cómo las mujeres utilizan más la rumiación y tienen más dificultad para distraerse y dejar de pensar en los problemas con implicación emocional (Thayer, Rossy, Ruiz-Padial y Johnsen, 2003). De forma cercana al nivel de significación, el aumento en apoyo social tiende a disminuir la estrategia de relajación y aumentar la estrategia de redefinición de la situación. Asimismo, el aumento en apoyo social se asocia negativamente con las situaciones estresantes de apoyo social relacionadas con la enfermedad. En cuanto a la calidad de vida, el apoyo social total se asocia positivamente con el rol emocional y negativamente con la evaluación de la evolución declarada de la salud. Esta última asociación puede parecer incongruente a primera vista (a más apoyo social se evalúa de forma más negativa la evolución de la salud). Una posible explicación puede ser que al tener más relaciones sociales se poseen más índices de comparación respecto a otras personas, quedando quizás más claro el empeoramiento de la salud. Por último, los resultados muestran una tendencia hacia una relación negativa entre el apoyo social total y los niveles de cortisol durante la segunda y tercera tomas. Este resultado, de confirmarse en estudios futuros con muestras más numerosas, aportaría un mecanismo explicativo mediador de gran relevancia para explicar el efecto positivo del apoyo social sobre la salud.

En cuanto al pronóstico, las evaluaciones médicas acerca del historial médico reflejan un mayor número de casos curables en el linfoma de Hodgkin frente al no Hodgkin, siendo equiparables los casos favorables y desfavorables en el mieloma múltiple. La estrategia de afrontamiento de la catarsis se asocia a un pronóstico más positivo de la enfermedad, mientras que la estrategia del estoicismo a un peor pronóstico. Estas relaciones son congruentes con los datos aportados por otros estudios. Sin embargo, la asociación negativa de la estrategia de relajación con el pronóstico puede ser difícil de entender (al igual que la relación negativa entre apoyo social y relajación). No obstante, el análisis de las respuestas relacionadas con la estrategia de relajación pone de manifiesto que, más que un procedimiento de reducción de estrés consciente y formal, éstas hacen referencia a conductas relacionadas con la pasividad (no responder, no hacer nada) o la huida-escape (p. ej., irse a otra habitación para estar solo y tranquilo) en el afrontamiento, estrategias consideradas generalmente como negativas. Un resultado que puede ser considerado muy relevante es la relación negativa encontrada entre los niveles de cortisol en la segunda y tercera muestras (la primera muestra de la mañana está más influida por el ritmo

circadiano endógeno, mientras que las restantes son más sensibles a factores medioambientales) y el pronóstico de la enfermedad, más aún tras la tendencia encontrada entre puntuaciones en apoyo social y el nivel de cortisol en estas mismas muestras. De forma congruente con los diversos estudios que muestran los claros efectos inmunosupresores del cortisol (Gatti y cols., 1993; Kronfol y cols., 1997), estos resultados tienden a sugerir que los altos niveles de cortisol tienen un efecto negativo sobre la evolución del cáncer, y que parte de los efectos positivos del apoyo social sobre esta enfermedad podrían ser explicados por su efecto reductor de los mismos. En este sentido, Septhon y cols. (2000) han encontrado que el ritmo de secreción del cortisol está asociado con la metástasis, las alteraciones del sueño, un menor número de células NK y con indicadores de pronóstico de la enfermedad. A este respecto, los niveles de cortisol encontrados en nuestra muestra son bastante superiores a los habitualmente encontrados en población normal.

El apoyo social total se asocia significativamente a un pronóstico más positivo del cáncer hematológico, y esta relación persiste tras controlar estadísticamente el factor edad. El apoyo social por sí solo puede explicar el 50% de la varianza en el pronóstico, y permite clasificar el pronóstico con una eficacia global del 77.8%. El apoyo social, junto a la función física de la calidad de vida y la ansiedad, explican conjuntamente el 83% de la varianza en el pronóstico y este modelo es capaz de clasificar con una eficacia global del 92.6% los casos favorables y desfavorables del pronóstico. La asociación positiva de la ansiedad con el pronóstico que sugiere el análisis de regresión logística puede ser difícil de entender. Una posible explicación hipotética estriba en que estos pacientes habitualmente se encuentran débiles, apáticos y lentos, y una cierta ansiedad, mediante el incremento subsiguiente en catecolaminas, les puede aportar un efecto de activación o incremento en vitalidad. Por otra parte, el aumento en catecolaminas se ha asociado específicamente a un incremento en el número y función de las células NK, la primera línea de defensa contra el cáncer (Contrada, Leventhal y O'Leary, 1990; Septhon, Sapolsky, Kraemer y Spiegel, 2000; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002).

En función de estos resultados, se podría sugerir que en enfermos ya diagnosticados de cáncer, el fortalecimiento de las redes sociales puede ejercer un efecto saludable y reducir las secuelas de la enfermedad. Algunas investigaciones (Spiegel, 1989; 1990; Fawzy, Fawzy y Hyun, 1993; Richardson, Zarnegar, Bisno y Levine, 1990; Van der Pompe, Antoni y Heijnen, 1996) ya han

corroborado que este tipo de intervenciones afectan positivamente al ámbito emocional y social de la enfermedad, la calidad de vida de los pacientes e incluso pueden alargar significativamente el tiempo de supervivencia.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se pueden citar dos principales. La primera hace referencia a la muestra utilizada. Por una parte, puede considerarse limitada en número de pacientes, dificultando el hallazgo de relaciones significativas. Por otra parte, es heterogénea al utilizar tres tipos de cáncer. El propósito inicial era utilizar sólo pacientes con diagnóstico de linfoma de Hodgkin, el cual presenta un mejor pronóstico y pensábamos podría ser más influenciado por las variables psicosociales. Sin embargo, ante la escasez de este tipo de pacientes, nos vimos obligados a utilizar pacientes con otros tipos de diagnósticos. No obstante, tratamos de escoger los tipos de cáncer que compartieran más elementos de similitud, como son el linfoma no Hodgkin y el mieloma múltiple. La segunda limitación del estudio hace referencia al procedimiento utilizado para valorar el pronóstico. Idealmente, el criterio más válido hubiera sido el de mortalidad/supervivencia, dentro de un diseño longitudinal. No obstante, el oncólogo que realizó la clasificación del pronóstico bajo un procedimiento de "ciego" tiene una larga experiencia en este tipo de cánceres, existiendo una alta equivalencia entre mortalidad y los criterios utilizados para realizar la clasificación de pronóstico desfavorable.

En conclusión, los resultados de este estudio muestran que el apoyo social tiene un efecto modulador positivo sobre el curso y pronóstico del cáncer hematológico. Este efecto beneficioso podría estar mediatizado por varios factores (Uchino, Caccioppo y Kiecolt-Glaser, 1996). En concreto, en este estudio, el apoyo social: 1) Disminuye las situaciones estresantes referentes al apoyo social durante la enfermedad (soledad, aislamiento, falta de comprensión, diálogo y entendimiento); 2) Facilita un enfrentamiento más positivo ante las situaciones de crisis, específicamente reduce las estrategias de estoicismo y relajación (que se puede equiparar aquí más a pasividad y aislamiento) y aumenta las estrategias de catarsis y redefinición de la situación. También disminuye el número de estrategias de afrontamiento inadecuadas referentes a las situaciones estresantes de apoyo social en la enfermedad; 3) Tiene un efecto protector sobre el estado anímico del paciente, reduciendo específicamente los niveles de depresión y aumentando el componente del rol emocional de la calidad de vida; y 4) Se observa una tendencia en los datos a una disminución en los niveles de cortisol al aumentar el apoyo social.

En conjunto, estos efectos positivos pueden disminuir el impacto emocional de de las situaciones estresantes, reduciéndose consiguientemente las consecuencias fisiológicas negativas del estrés y devolviendo las funciones neuroendocrinas e inmunológicas a unos niveles más homeostáticos, lo que puede proteger al individuo contra nuevas recaídas en la enfermedad.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso J., Prieto L. y Antó J. M. (1995). La versión Española del "SF-36 Health Survey" (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clinica*, 104, 771-776.
- Bassett J.R., Strand F.L. y Cairncross K.D. (1978) Glucocorticoids, adrenocorticotropichormone and related polypeptides on myocardial sensitivity to noradrenaline. *European Journal of Pharmacology*, 49, 243-249.
- Ben-Aryeh H., Roll N., Lahav M., Dlin R., Hanne-Paparo N., Szargel R. (1989). Effect of exercise on salivary composition and cortisol in serum and saliva in man. *Journal of Dental Research*, 68, 1495-1497.
- Berkman, L.F. y Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow up study of Alameda County residentes. *AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY*, 109, 186-204.
- Bloom, J. R. y Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social, Science and Medicine*, 119, 831-837.
- Brémond, A., Kune, G.A. y Bahnon, C.B. (1986). Psychohsomatic factors in breast cancer patients: Result of a casae control stuyd. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 5, 127-136.
- Brown, G. W. y Harris, T.O. (1978). Social origins of depression. London: Tavistock.
- Burish, T. (1991). Preparing patients for cancer chemotherapy: effects of doping preparation and relaxation interventions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, 518-525.
- Burish, T.G. y Lyles, J.N. (1979). Effectiveness of relaxation training in reducing the aversiveness of chemotherapy in the treatment of cancer. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 357-361.

- Cassell, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY*, 104, 107-123.
- Chochinov, H. y Holland, J.C. (1990). Bereavement: A special issue in Oncology. En J.C. Holland y J.H. Rowland (Eds). *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 612-627). Nueva York: Oxford University Press.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-97.
- Cohen, S. y McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. En A. Baum, S. E. Taylor, y J. E. Singers (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp.253-267). Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Contrada, R.J., Leventhal H. y O'Leary, A. (1990). Personality and health. En L.A. Pervin (Ed), *Handbook of personality* (pp. 638-669). New York: Oxford University Press.
- Cooper, C.L. (1988). Personality, life stress and cancerous disease. En S. Fischer y J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 369-381). Nueva York: Wiley.
- Eysenck, H.J. (1987). Anxiety, learned helplessness and cancer: A causal theory. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 87-104.
- Fawzy F.L, Fawzy N.W y Hyun A. (1993). Malignant melanoma: Effect of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY*, 50, 681-689.
- Felton, B. y Revenson, T. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY*, 52, 343-353.
- García de la Banda, G., Martínez-Abascal, M.A., Riesco, M. y Pérez, G. (2004). La respuesta de cortisol ante un examen y su relación con otros acontecimientos estresantes y ciertas características de personalidad. *Psichothema*, 16, 294-298.
- Geyer, S. (1993). Life events, chronic difficulties and vulnerability factors preceding breast cancer. *Social Science and Medicine*, 37, 1545-1555.

- Holland, J. C. (1989). Historical overview. En J.C. Holland y J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology*. Oxford: Oxford University Press.
- Hofer, M.A. (1984). Relationships as regulators: A psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 183-197.
- House, J.S., Landis, K.R. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-5.
- Hughes, J. E., Royle, G. T., Buchanan, R. y Taylor, Y., (1986). Depression and Social Stress among patients with benign breast disease. *British Journal of Surgery*, 73, 997-999.
- Irwin M., Daniels M., Risch S.C., Bloom E. y Weiner H. (1988). Plasma cortisol and natural Killers cell activity during bereavement. *BIOLOGICAL PSYCHIATRY*, 24, 173-78.
- Kessler R.C y McLeod J.D. (1985). Social support and mental health in community samples. En Cohen S. y Syme S.L. (Eds), *Social Support and Health* (pp. 219-240). New York: Academic Press.
- Kiecolt-Glaser, J.K. y Greenberg, B. (1984). Social support as a moderator of the aftereffects of stress in female psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 192-199.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F. y Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic Medicine*, 64, 15-28.
- Kirschbaum C. y Hellinfoma de Hodgkinammer D.H. (2000). Salivary cortisol. . En G. Fingk (Eds.), *Encyclopedia of stress* (pp. 379-383). San Diego: Academic Press.
- Kissane, D. W., Clarke, D. M., Ikin, J., Bloch, S., Smith, G. C., Vitetta, L. y McKenzie, D. P. (1998). Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Medical Journal of Australia*, 169, 192-196.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lekander M., Furst C.J., Rotstein S., Blomgren H. y Fredrikson M. (1996). Social support and immune status during and after chemotherapy for breast cancer. *Acta Oncológica*, 35, 31-7.
- Leshan, L. (1966). An emotional life history pattern associated with neoplastic disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125, 780-793.
- Levine, S., Coe, C. y Wiener, S.G. (1989). Psychoneuroendocrinology of stress: a psychobiological perspective. En F.R. Brusck y S. Levine (Eds.), *Psychoendocrinology* (pp. 341-77). New York: Academic Press.

- Levy, S.M., Herberman, R.B., Maluish, A.M., Schilien, B. y Lippman, M. (1985). Prognostic risk assesment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. *Health Psychology, 4*, 99-113.
- Levy, S.M., Herberman, R.B., Whiteside, T., Sanzo, K., Lee, J. y Kirkwood, J. (1990). Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictorsof natural Killers cell activity in breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine, 52*, 73-85.
- Levy, S.M. y Wise, B.D. (1988). Psychological Risk Factors and Cancer Progression. En C.L. Cooper (Ed.), *Stress and Breast Cancer*. New York: John Wiley and Sons Ltd.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (1983). Social Support, Life Events, and Depresión. New York: Academic Press.
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G.A. y García-León, A. (2006). Análisis de la relación entre el optimismo/pesimismo disposicional y las estrategias de afrontamiento del estrés en la predicción de la sintomatología somática autoinformada. *Psicothema*, en prensa.
- Mason J.W. (1968). A review of psychoendocrine research on the pituitary-thyroid system. *Psychosomatic Medicine, 30*, 666-681.
- McDaniel J.S., Musselman D.L., Porter M.R., Reed D.A. y Nemeroff C.B. (1995). Depression in patients with cancer: diagnosis, biology and treatment. *Archives of General Psychiatry, 52*, 89-99.
- McEwen, B.S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. [THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, 338](#), 171-179.
- Moss, A.R. (1980). Specific risk versus general susceptibility: Social and psychological risk factors for heart disease and cancer mortality in a nine-year prospective study. *Dissertation Abstract Internacional, 40*, 3677-B.
- Muela, J.A., Torres, C.J. y Peláez, E.M. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología, 18*, 319-331.
- Muslin, H.L., Gyarfás, K., Pieper, W.J. (1996). Separation experience and cancer of the breast. *Annals of the New York Academy of Sciences, 125*, 802-806.
- Nichols, L., Cassel, J. y Kaplan, B. (1972). Psychosocial assets, life change and prognosis of pregnancy. *American Journal of Epidemiology, 5*, 431-441.
- Kronfol, Z., Nair, M., Zhang, Q., Hill, E.E. y Brown, M.B. (1997). Circadian immune measures in healthy volunteers: Relationship to hypothalamic-pituitary-adrenal axis hormones and sympathetic neurotransmitters. *Psychosomatic Medicine, 59*, 42-50.

- Gatti, G., Masera, R.G., Pallavicini, L., Sartori, M.L., Saturengi, A., Orlandi, F. y Angeli, A. (1993). Interplay in vitro between ACTH, beta-endorphin, and glucocorticoids in the modulation of spontaneous and lymphokine-inducible human natural Killers (NK) cell activity. *Brain, Behavior and Immunity*, 7, 16-28.
- Geyer, S. (1993). Life events, chronic difficulties and vulnerability factors preceding breast cancer. *Social Science and Medicine*, 37, 1545-1555.
- Hofer, M.A. (1984). Relationships as regulators: A psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 184.
- Holland, J. C. (1989). Historical overview. En J.C. Holland y J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology*. Oxford: Oxford University Press.
- Horne, R.L. y Picard, R.S. (1979). Psychosocial risk factors for lung cancer. *Psychosomatic Medicine*, 41, 503-514.
- House, J.S., Landis, K.R. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-5.
- House, J., Robbins, C. y Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh community health study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
- Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science and Medicine*, 16, 483-491.
- Reynolds, P., Boyd, P.T. (1994). The relationship between social ties and survival among black and white breast cancer patients. National Cancer Institute Black/White Cancer Survival Study Group. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 3, 253-259.
- Richardson, J. L., Zarnegar, Z., Bisno, B. y Levine, A. (1990). Psychosocial status at initiation of cancer treatment and survival. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 189-201.
- Sandín B., Chorot P., Valiente R.M., Lostao L., Santed M.A. (2001). Antipatory anxiety in women recalled for further mammogram breast cancer screening. *Psychology in Spain*, 6, 61-67.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R. y Sarason, B. (1983). Assessing Social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

- Sephton S.E., Sapolsky R.M., Kraemer H.C. y Spiegel D. (2000). Diurnal cortisol rhythm as a predictor of breast cancer survival. *Journal National Cancer Institute*, 92, 994-1000.
- Scherg, H. y Blohmke, M. (1988). Associations between Selected Life Events and Cancer. *Behavioral Medicine*, 14, 119-124.
- Schou I., Ekeberg O., Ruland C.M., Sandvik L. y Karesen R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13, 309-20.
- Sephton S.E., Sapolsky R.M., Kraemer H.C. y Speigel D. (2000). Diurnal cortisol rhythm as a predictor of breast cancer survival. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 994-1000.
- Shaffer, J.W., Duszynski, K.R. y Thomas, C.B. (1982). Family attitudes in youth as a possible precursor of cancer among physicians. A search for explanatory mechanisms. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 143-163.
- Spiegel, D (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 14, 888-891.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C. y Gottheil, E. (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 2, 888-892.
- Thayer, J.F., Rossy, L.A., Ruiz-Padial, E. y Johnsen, B.H. (2003). Gender differences in the relationship between emocional regulation and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 349-364.
- Turner, R. (1983). Direct, indirect and moderating effects of social support upon psychological distress and associated conditions. En B. Kaplan (Ed.), *Psychological Stress* (pp. 105-155). New York: Academic Press.
- Uchico, B.N., Cacioppo, J.T. y Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *PSYCHOLOGICAL BULLETIN*, 119, 448-531.
- Van der Pompe G., Antoni M.H. y Heijnen C.J. (1996). Elevated basal cortisol levels and attenuated ACTH and cortisol responses to a behavioral challenge in women with metastatic breast cancer. *Psychoneuroendocrinology*, 21, 361-74.
- Wallston, B., Alagna, S., DeVellis, B. y DeVellis, R. (1983). Social support and physical health. *Journal of Health Psychology*, 2, 367-391.

Worthamn, C. y Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. En A. Baum y J. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 63-108). Erlbaum: Hillsdale.

Zigmond A.S. y Snaith R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-70.

## **Capítulo VII:**

**Relación entre variables psicosociales, calidad de vida  
y pronóstico en el cáncer hematológico**

## 1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de esta investigación es valorar la influencia y capacidad predictiva de las variables psicosociales en la calidad de vida y en el curso y pronóstico de las enfermedades onco-hematológicas.

### 1.1. Objetivos específicos

Los objetivos específicos que se proponen desde esta investigación son los siguientes:

1. Evaluar los niveles de las siguientes variables psicosociales en pacientes onco-hematológicos: ansiedad, depresión, optimismo vital, estrés, estrategias de afrontamiento, racionalidad, necesidad de armonía, apoyo social percibido y eventos vitales destacables.
2. Determinar el nivel de calidad de vida, en sus áreas física, psicológica y social.
3. Observar las relaciones establecidas entre las variables psicosociales anteriormente mencionadas y la calidad de vida.
4. Estudiar las posibles variables psicosociales que desempeñan un papel importante en la predicción de los estados emocionales en pacientes hematooncológicos.
5. Analizar la relación entre las variables psicosociales anteriormente mencionadas y ciertas variables fisiológicas asociadas al curso y pronóstico del cáncer (cortisol, marcadores tumorales y subpoblaciones leucocitarias).
6. Analizar la relación y la capacidad predictiva de las variables psicosociales anteriormente mencionadas sobre el pronóstico de los pacientes.
7. Analizar posibles diferencias sexuales en las medidas anteriormente descritas.

Por tanto, en el diseño de la investigación se considerarán como variables independientes o predictoras:

1. Las variables emocionales ansiedad y depresión
2. El apoyo social percibido por el paciente
3. El estrés percibido: sucesos vitales y sucesos menores diarios

4. El estrés relacionado con la enfermedad
5. Las variables sociodemográficas
6. Las estrategias de afrontamiento
7. El patrón de conducta (racionalidad, necesidad de armonía)

Se considerarán variables dependientes: la calidad de vida (funcionamiento adaptativo) del paciente y las variables fisiológicas relacionadas con la enfermedad (cortisol, marcadores tumorales, subpoblaciones leucocitarias y pronóstico médico).

## **2. MÉTODO**

### **2.1. Participantes**

En el estudio participaron 69 pacientes, con una media de edad de 58 años y diagnóstico de cáncer hematológico (Linfoma de Hodgkin, Linfoma no Hodgkin, Leucemia Mieloblástica, Mieloma Múltiple). De estos pacientes, 30 eran mujeres y 39 hombres y la fase media de la enfermedad correspondió al estadio 3. La captación de enfermos se hizo a través del Servicio de Hematología del Hospital Médico-Quirúrgico Ciudad de Jaén. Para el proceso de evaluación se citaba personalmente al paciente, siendo posteriormente entrevistado. La Tabla 1 refleja un resumen esquemático de la muestra utilizada.

| Variables sociodemográficas     | Número de pacientes |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Edad</b>                     |                     |
| <40 años                        | 12                  |
| 41-70                           | 37                  |
| >70 años                        | 20                  |
| <b>Sexo</b>                     |                     |
| Varón                           | 39                  |
| Mujer                           | 30                  |
| <b>Estado civil</b>             |                     |
| Casado/a                        | 57                  |
| Viudo/a                         | 6                   |
| Soltero/a                       | 5                   |
| Separado/a                      | 1                   |
| <b>Diagnóstico</b>              |                     |
| Linfoma de Hodgking             | 17                  |
| Linfoma no Hodgking             | 19                  |
| Mieloma Múltiple                | 17                  |
| Leucemia Mieloblástica Aguda    | 16                  |
| <b>Estadío de la enfermedad</b> |                     |
| Estadío I                       | 8                   |
| Estadío II                      | 27                  |
| Estadío III                     | 15                  |
| Estadío IV                      | 19                  |

Tabla 1. Resumen esquemático de la muestra utilizada

## 2.2. Instrumentos de evaluación

Los cuestionarios y medidas utilizadas fueron las siguientes (*ver Anexo I*):

- Entrevista e historia clínica. Esta evaluación consistió en una entrevista semiestructurada realizada al paciente para recabar información sobre temas

relacionados con el estado funcional del enfermo, los síntomas físicos de la enfermedad, el tiempo desde que la padece, el tratamiento requerido y las consecuencias de éste, la presencia de recaídas, la posible historia familiar respecto al cáncer, tiempo de hospitalización, hábitos de alimentación y ejercicio físico y eventos vitales destacables.

- The Rationality/Emotional Defensiveness (R/ED) Scale (Spielberger, 1988), en versión española, Escala de Conducta Interpersonal (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Ruíz, Sebastián y Spielberger, 1996). Este instrumento consta de dos escalas: Racionalidad/Defensividad Emocional (R/DE) y Necesidad de Armonía (NA), en las que el paciente responde sobre una escala tipo Likert de 4 puntos. Consta de 29 ítems, 14 de ellos corresponden a la variable Armonía y los restantes 15 a la de Racionalidad. La subescala de Armonía evalúa la predisposición de los sujetos para mantener relaciones armoniosas, de concordancia, conformidad y simpatía con los demás y hacer sacrificios con el objetivo de evitar disputas con los otros. La subescala de Racionalidad evalúa la capacidad de los sujetos de usar la razón y la lógica para explicar y enfrentarse a diferentes situaciones sin mostrar sus emociones.
  
- Inventario de Estrés y Estrategias de Afrontamiento del Cáncer (ISEAC) (*consultar capítulo II*), instrumento elaborado a partir del Inventario de Situaciones Potencialmente Estresantes en Cuidadores de enfermos de Alzheimer (ISPE; Muela, Torres, y Peláez, 2002). En relación a la forma de puntuar cuantitativamente el inventario, se obtienen varias puntuaciones. En primer lugar, se obtiene una puntuación general referida al estrés experimentado al sumar la valoración de todos los ítems evaluados y por tanto, de todas las situaciones, puntuadas de 0 (no presente/nada de malestar) a 3 (mucho malestar). En segundo lugar, se obtienen puntuaciones de cada situación estresante (emociones negativas, apoyo social, preocupación por el tratamiento, temor por el pronóstico, área funcional) al sumar las puntuaciones obtenidas en los ítems que componen cada situación. Por último, se obtiene una puntuación referida al conteo de cada una de las estrategias que el paciente menciona. Por lo que se obtienen tres puntuaciones independientes: nivel de estrés general, nivel de estrés en cada una de las situaciones específicas de la enfermedad y estrategias de afrontamiento utilizadas.

- The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Zigmond y Snaith, 1983). Para esta escala, el paciente debe elegir entre una de cuatro posibilidades con respecto a la pregunta realizada. Consta de 14 ítems, referidos a síntomas de ansiedad (7) y depresión (7). La correlación de la subescala de ansiedad con el STAI (estado) es de 0,71 y la de la subescala de depresión con el BDI es de 0,74. En cuanto a los criterios para establecer diagnóstico clínico, tanto para la puntuación de ansiedad como para la de depresión, se considera de 0 a 7 como normal, de 8 a 10 dudoso y de 11 o más problema clínico.
  
- Escala de Apoyo Social (AS-25), elaborada para esta investigación (consultar capítulo III). Consta de 25 ítems que se puntúan de 1 a 4. El paciente afirma su acuerdo o desacuerdo y el nivel de afinidad con cada una de las situaciones que se le plantean. El objetivo de esta escala es cuantificar la disponibilidad de apoyo social. De los 25 ítems, 10 de ellos (los ítems 2, 3, 5, 7, 8, 12, 15, 16, 18 y 19) son negativos y se puntúan de forma inversa. Se obtiene únicamente una puntuación total, siendo la máxima de 100.
  
- Escala de Funcionamiento o Calidad de vida (SF-36) (Stansfeld, Bosma, Hemingway, y Marmot, 1998), en la que el paciente responde a cuestiones referentes a sus actividades diarias, para determinar el impacto de la enfermedad en la vida del paciente. Consta de 11 ítems referentes a 9 niveles básicos de funcionamiento:
  - Función Física, como el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados o intensos.
  - Rol Físico, entendido como el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tiempo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
  - Dolor Corporal, evaluándose la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como el hogar.
  - Salud General, considerada como la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

- Vitalidad, como sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- Función Social, evaluada como el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- Rol Emocional, entendido como el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- Salud Mental, que incluye el nivel de depresión y ansiedad y el control de la conducta y de las emociones.
- Evolución declarada de la salud, como la valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.

A partir de las escalas anteriores se obtienen dos índices generales de calidad de vida: La *escala de componente físico* (a partir de las puntuaciones en función física, rol físico, dolor y salud general) y la *escala de componente mental* (a partir de las puntuaciones en vitalidad, función social, rol emocional y salud mental).

Para una interpretación de estos valores, las puntuaciones directas se han transformado en puntuaciones normalizadas según los baremos disponibles de la población norteamericana publicados en 1998 (media 50 y desviación típica de 10; [www.sf-36.org](http://www.sf-36.org)). Es importante destacar que el subcomponente de evaluación de salud carece de datos normativos procedentes de esta publicación.

- Life Orientation Test (LOT) (Scheier y Carver, 1985). Para evaluar esta variable se utilizó un ítem simple: "Soy siempre optimista sobre mi futuro", extraído del LOT. Éste consiste en una escala de 12 ítems destinada a evaluar optimismo como disposición de personalidad. Ocho de estos ítems evalúan el nivel del optimismo y el resto son ítems de relleno. Respecto al nivel de fiabilidad, los autores de la escala (Scheier, Carver, y Bridges, 2001) informan de un coeficiente de fiabilidad alfa de 0,87 y una fiabilidad test-retest de 0,74. En general, este ítem simple en su formato de cuatro opciones de

respuesta probó ser casi tan útil como la escala total (LOT) (Cano, Sirgo, Díaz, y Pérez, 1997).

### **2.3. Variables fisiológicas indicativas del curso de la enfermedad**

Para determinar el curso y pronóstico de la enfermedad hematoológica objeto de estudio se recogieron los siguientes datos:

- a) Estadío de la enfermedad, indicando el mayor número, la mayor afectación y progresión de la enfermedad.
- b) Marcador  $\beta$ 2-microglobulina , como marcador tumoral específico de estas patologías, siendo los valores superiores a 3000 indicativos de una mayor malignidad tumoral.
- c) Número de Leucocitos, indicativos de la fortaleza inmunitaria del paciente, y sus subpoblaciones: neutrófilos, linfocitos, monocitos, basófilos y eosinófilos
- d) Nivel de cortisol, se recogieron datos de esta variable en sangre el primer día de tratamiento recibido.

### **2.4. Procedimiento**

En un primer momento, y como primera toma de contacto, se estableció una cita previa con el Jefe de servicio de Hematología del Hospital Ciudad de Jaén, D. Antonio Alcalá, donde se expusieron los objetivos y desarrollo de la investigación propuesta. Posteriormente el proyecto de la investigación presente fue evaluado desde la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Complejo Hospitalario de Jaén, a lo que continuó la autorización de su realización y desempeño por la Presidenta de la Comisión, D<sup>a</sup> Isabel Hernández Utrera. Una vez obtenida la autorización, se solicitó la colaboración del personal de enfermería para que facilitara el listado de enfermos y el día previsto de consulta.

La evaluación psicológica para este estudio se llevó a cabo en una sala contigua a la consulta de Hematología, destinada a pacientes pediátricos. Antes de acceder a la consulta, cada paciente

firmó un consentimiento informado que justificaba su acuerdo en la participación en este estudio. Se recogió información de cada una de las variables a través de una entrevista directa con el enfermo, antes de acceder a la consulta médica, y el orden que se siguió en la administración de medidas psicológicas fue el siguiente:

- 1) Entrevista e Historia Clínica
- 2) Escala de Funcionamiento o Calidad de vida (SF-36)
- 3) Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD)
- 4) Escala de Apoyo Social (AS-25)
- 5) Test de Orientación Vital (LOT)
- 6) Inventario de Estrategias de Afrontamiento frente al Cáncer (ISEAC)
- 7) Escala de Conducta Interpersonal (ERNH)

Es importante destacar que las últimas 4 medidas fueron contrabalanceadas para evitar un posible efecto de orden en los resultados posteriores. Se consideró la estabilidad en la administración de medidas en la entrevista e historia clínica, la calidad de vida y la ansiedad y depresión, ya que las restantes medidas podrían influenciar y ejercer un posible efecto unas sobre otras, al tratarse de aspectos emocionales relacionados entre sí y con una alta carga negativa vinculada con la propia enfermedad.

Para determinar el resto de las variables fisiológicas (marcadores tumorales y subpoblaciones leucocitarias) se realizó un repaso exhaustivo de los historiales clínicos, recogiendo el nivel más elevado del marcador tumoral para establecer el grado de malignidad del tumor y el nivel mínimo de leucocitos para establecer la fortaleza inmunitaria a lo largo del tratamiento quimioterapéutico.

## **2.5. Análisis estadísticos**

Los datos obtenidos en la investigación se han analizado mediante correlaciones bivariadas tipo Pearson, lo que permitió conocer las relaciones establecidas entre las diferentes variables evaluadas. Para analizar la capacidad predictiva de unas variables tomadas como predictoras

sobre una variable definida como dependiente se realizaron análisis de regresión lineales con el método de pasos sucesivos, lo que facilitó una R cuadrado corregida, como valor índice de la capacidad predictiva del modelo, y unos coeficientes Beta estandarizados, como valor de la pendiente de la línea de regresión. Para establecer la relación de predicción de las variables dicotómicas se llevaron a cabo regresiones logísticas binarias con el fin de obtener una R cuadrado Nagelkerke, que indicarán el nivel de predicción del mismo. El análisis de las posibles diferencias de género en las variables evaluadas se ha realizado mediante comparaciones para muestras independientes con la prueba Anova de un factor.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Determinación de los niveles de las variables psicosociales

En las tablas 2 a 12 aparecen reflejadas las medias y las desviaciones típicas de los datos procedentes de la evaluación psicológica realizada a los pacientes. En primer lugar, los niveles de ansiedad superan a los de depresión, de manera que 34 de estos pacientes (el 49,4%) cumplieron los criterios clínicos para el diagnóstico de ansiedad frente a 21 (el 30,4%) que cumplían los del diagnóstico de depresión según el HAD. Como puede verse en la Tabla 2, las mujeres mostraron niveles mayores de depresión ( $F(1,67) = 6,90, p < 0,01$ ) y ansiedad ( $F(1,67) = 3,98, p < 0,05$ ) que los hombres.

| Estado anímico | Muestra general |            | Hombres |            | Mujeres |            |
|----------------|-----------------|------------|---------|------------|---------|------------|
|                | Media           | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. |
| Ansiedad       | 7,51            | 4,699      | 6,54    | 4,530      | 8,77    | 4,688      |
| Depresión      | 5,57            | 4,629      | 4,33    | 3,848      | 7,17    | 5,113      |

Tabla 2. Niveles de ansiedad y depresión según el HAD

Los niveles de apoyo social son elevados, ya que la puntuación máxima a obtener en esta escala es de 100 y la puntuación media obtenida se acercaba en gran medida a esta puntuación. Como

puede verse en la Tabla 3, los hombres mostraron un nivel mayor de apoyo social que las mujeres, quedando esta diferencia el borde de la significación ( $F(1,67) = 3,17, p = 0,07$ ).

|                     | Muestra general |            | Hombres |            | Mujeres |            |
|---------------------|-----------------|------------|---------|------------|---------|------------|
|                     | Media           | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. |
| <b>Apoyo social</b> | 84,17           | 10,277     | 86,08   | 10,227     | 81,70   | 9,969      |

Tabla 3. Niveles de apoyo social evaluados por el AS-25

En la Tabla 4 quedan expuestos los datos descriptivos en relación al optimismo disposicional, tanto en la muestra general como en el grupo de hombres y mujeres. Las mujeres muestran un menor nivel de optimismo que los hombres, aunque esta diferencia no llega a ser significativa ( $F(1,67) = 2,85, p = 0,09$ ).

|                  | Muestra general |            | Hombres |            | Mujeres |            |
|------------------|-----------------|------------|---------|------------|---------|------------|
|                  | Media           | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. |
| <b>Optimismo</b> | 13,93           | 5,727      | 14,33   | 5,677      | 13,40   | 5,846      |

Tabla 4. Niveles de optimismo disposicional medidos por el LOT-R

Como puede verse en la Tabla 5, al evaluar el Patrón de Conducta Tipo C, se obtienen valores muy similares tanto en racionalidad como en armonía para ambos sexos.

| Patrón de Conducta          | Muestra general |            | Hombres |            | Mujeres |            |
|-----------------------------|-----------------|------------|---------|------------|---------|------------|
|                             | Media           | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. |
| <b>Racionalidad</b>         | 19,62           | 9,301      | 19,82   | 9,389      | 19,37   | 9,338      |
| <b>Necesidad de armonía</b> | 24,09           | 4,575      | 23,31   | 4,921      | 25,1    | 3,933      |

Tabla 5. Patrón de conducta (racionalidad/necesidad de armonía) evaluado por el ERNH

En la Tabla 6 aparecen reflejadas las medias y desviaciones típicas asociadas a los eventos significativos. Las muertes significativas son los eventos más destacados por la muestra, tanto en hombres como en mujeres, aunque los hombres también señalan igualmente las celebraciones familiares como eventos destacables en sus vidas. En el grupo de mujeres, son las muertes significativas seguidas de las celebraciones familiares y el diagnóstico de cáncer los eventos más destacados por las pacientes. Como dato relevante, las mujeres informan de más muertes significativas que los hombres ( $F(1,67)= 7,10, p<0,01$ ).

En la Tabla 7 se refleja el número de situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad que más afectan a los pacientes. Las emociones negativas relacionadas con la vivencia de la enfermedad son las situaciones más destacadas tanto en hombres como en mujeres.

| Eventos                         | Muestra general |            | Hombres |            | Mujeres |            |
|---------------------------------|-----------------|------------|---------|------------|---------|------------|
|                                 | Media           | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. |
| <b>Muertes significativas</b>   | 0,78            | 0,905      | 0,54    | 0,822      | 1,10    | 0,23       |
| <b>Eventos religiosos</b>       | 0,01            | 0,120      | 0,00    | 0,000      | 0,03    | 0,183      |
| <b>Diagnóstico de cáncer</b>    | 0,17            | 0,484      | 0,13    | 0,339      | 0,23    | 0,626      |
| <b>Celebraciones familiares</b> | 0,46            | 0,778      | 0,54    | 0,913      | 0,37    | 0,556      |

Tabla 6. Eventos vitales estresantes recogidos en la entrevista clínica

| Situaciones estresantes         | Muestra general |            | Hombres |            | Mujeres |            |
|---------------------------------|-----------------|------------|---------|------------|---------|------------|
|                                 | Media           | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. |
| Emociones negativas             | 2,42            | 1,130      | 2,26    | 1,117      | 2,63    | 1,129      |
| Apoyo social                    | 1,04            | 0,794      | 1,13    | 0,833      | 0,93    | 0,740      |
| Preocupación por el tratamiento | 1,26            | ,885       | 1,21    | 0,894      | 1,33    | 0,884      |
| Temor por el pronóstico         | 1,65            | 1,281      | 1,54    | 1,274      | 1,80    | 1,297      |
| Área funcional                  | 0,48            | 0,609      | 0,36    | 0,486      | 0,63    | 0,718      |
| Número de situaciones totales   | 6,86            | 2,89       | 6,49    | 2,94       | 7,33    | 2,79       |

Tabla 7. Situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad evaluadas con el ISEAC

En relación al estrés experimentado, en la Tabla 8 aparecen reflejados los niveles de estrés total y los niveles de estrés referentes a cada situación estresante. El nivel de estrés de las emociones negativas relacionadas con la enfermedad es el más destacado por los pacientes, junto con el malestar relacionado con el temor por el pronóstico. Las mujeres evalúan como más estresantes las situaciones relacionadas con el apoyo social durante la enfermedad ( $F(1,67)=3,80$ ,  $p=0,05$ ) y el malestar relacionado con la preocupación por el tratamiento ( $F(1,67)=12,83$ ,  $p<0,00$ ). Es importante destacar que no existen diferencias sexuales significativas en relación al estrés total.

En la Tabla 9 aparecen las estrategias de afrontamiento utilizadas por la muestra respecto a las situaciones relacionadas con su enfermedad (número de veces que utilizan cada estrategia). La distracción cognitiva, la evitación y el estoicismo son las principales estrategias utilizadas. Existen algunas diferencias significativas en función del género en el afrontamiento. De esta manera, las mujeres utilizan más la catarsis ( $F(1,67)=4,93$ ,  $p<0,05$ ) y a la acción directa ( $F(1,67)=4,79$ ,  $p<0,05$ ).

| Nivel de estrés                 | Muestra general |            | Hombres |            | Mujeres |            |
|---------------------------------|-----------------|------------|---------|------------|---------|------------|
|                                 | Media           | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. |
| Emociones negativas             | 4,61            | 2,87       | 4,33    | 3,13       | 5,00    | 2,52       |
| Apoyo social                    | 3,09            | 1,88       | 2,45    | 1,50       | 3,94    | 2,04       |
| Preocupación por el tratamiento | 2,54            | 2,28       | 1,58    | 1,58       | 3,83    | 2,47       |
| Temor por el pronóstico         | 4,38            | 3,70       | 3,58    | 3,59       | 5,44    | 3,66       |
| Área funcional                  | 0,92            | 1,58       | 0,66    | 1,40       | 1,27    | 1,77       |
| Estrés total                    | 15,54           | 8,48       | 12,62   | 7,66       | 19,44   | 8,13       |

Tabla 8. Nivel de estrés experimentado en las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad según el ISEAC

| Estrategias de afrontamiento | Muestra general |            | Hombres |            | Mujeres |            |
|------------------------------|-----------------|------------|---------|------------|---------|------------|
|                              | Media           | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. | Media   | Desv. Típ. |
| Ninguna estrategia           | 0,32            | 0,757      | 0,21    | 0,801      | 0,47    | 0,681      |
| Distracción cognitiva        | 1,83            | 1,495      | 2,00    | 1,573      | 1,60    | 1,380      |
| Deseo irracional             | 0,03            | 0,169      | 0       | 0          | 0,07    | 0,254      |
| Evitación                    | 1,43            | 1,334      | 1,31    | 1,490      | 1,60    | 1,102      |
| Búsqueda de apoyo emocional  | 1,03            | 1,071      | 1,05    | 1,123      | 1,00    | 1,017      |
| Estoicismo                   | 1,10            | 1,363      | 0,90    | 1,142      | 1,37    | 1,586      |
| Negación                     | 0,07            | 0,261      | 0,10    | 0,307      | 0,03    | 0,183      |
| Catarsis                     | 0,29            | 0,597      | 0,15    | 0,366      | 0,47    | 0,776      |
| Relajación                   | 0,64            | 0,857      | 0,59    | 0,910      | 0,70    | 0,794      |
| Acción directa               | 0,39            | 0,599      | 0,26    | 0,498      | 0,57    | 0,679      |
| Redefinición                 | 0,30            | 0,792      | 0,21    | 0,522      | 0,43    | 1,040      |

Tabla 9. Estrategias de afrontamiento evaluadas por el ISEAC

En la Tabla 10 aparecen los subcomponentes de la calidad de vida junto a las escalas globales física (sumatorio de salud general, función física, rol físico y dolor) y mental (sumatorio de rol emocional, función social, vitalidad y salud mental).

| Calidad de vida               | Muestra general |            | Datos normativos |            |
|-------------------------------|-----------------|------------|------------------|------------|
|                               | Media           | Desv. Típ. | Media            | Desv. Típ. |
| <b>Salud General</b>          | 15,08           | 5,35       | 23,41            | 2,55       |
| <b>Evaluación de la salud</b> | 3,27            | 1,44       | -                | -          |
| <b>Función Física</b>         | 19,69           | 6,9        | 23,23            | 2,90       |
| <b>Rol Físico</b>             | 5,31            | 1,62       | 19,71            | 0,63       |
| <b>Rol Emocional</b>          | 4,65            | 1,33       | 11,40            | 0,62       |
| <b>Función Social</b>         | 7,31            | 2,39       | 16,41            | 1,04       |
| <b>Dolor</b>                  | 7,46            | 3,34       | 23,01            | 1,41       |
| <b>Vitalidad</b>              | 10,57           | 4,89       | 26,15            | 2,44       |
| <b>Salud Mental</b>           | 15,27           | 6,1        | 16,37            | 3,43       |
| <b>Escala Física</b>          | 30,88           | 10,50      | 27,21            | 1,53       |
| <b>Escala Mental</b>          | 37,81           | 11,46      | 33,25            | 1,79       |

Tabla 10. Niveles de Calidad de Vida recogidos por el SF-36. Para el área de Evaluación de la Salud, no existen datos normativos publicados

Como puede observarse en las tablas 10 a 12, todos los componentes de la calidad de vida para nuestra muestra quedan muy por debajo de la media normalizada. Tanto en hombres como mujeres, la vitalidad es el área que obtiene mayores valores en comparación con el rol emocional que obtiene la puntuación menor. En ambos casos la escala global mental queda por

encima de la escala global física. Por último, no se obtienen diferencias significativas en función del género en ningún componente de la calidad de vida.

| Calidad de vida               | Hombres |            | Datos normativos |            |
|-------------------------------|---------|------------|------------------|------------|
|                               | Media   | Desv. Típ. | Media            | Desv. Típ. |
| <b>Salud General</b>          | 15,83   | 5,62       | 23,77            | 2,68       |
| <b>Evaluación de la salud</b> | 3,53    | 1,31       | -                | -          |
| <b>Función Física</b>         | 20,97   | 7,3        | 23,77            | 3,07       |
| <b>Rol Físico</b>             | 5,53    | 1,57       | 19,80            | 0,61       |
| <b>Rol Emocional</b>          | 4,82    | 1,31       | 11,48            | 0,61       |
| <b>Función Social</b>         | 7,58    | 2,2        | 16,52            | 0,96       |
| <b>Dolor</b>                  | 7,98    | 3,15       | 23,23            | 1,33       |
| <b>Vitalidad</b>              | 11,18   | 5,21       | 26,46            | 2,60       |
| <b>Salud Mental</b>           | 16,17   | 6,21       | 16,88            | 3,50       |
| <b>Escala Física</b>          | 32,93   | 10,71      | 27,51            | 1,54       |
| <b>Escala Mental</b>          | 39,77   | 11,96      | 33,41            | 1,86       |

Tabla 11. Niveles de Calidad de Vida recogidos por el SF-36 en hombres

| Calidad de vida        | Mujeres |            | Datos normativos |            |
|------------------------|---------|------------|------------------|------------|
|                        | Media   | Desv. Típ. | Media            | Desv. Típ. |
| Salud General          | 14,10   | 4,90       | 22,95            | 2,33       |
| Evaluación de la salud | 2,93    | 1,55       | -                | -          |
| Función Física         | 18,03   | 6,07       | 22,53            | 2,55       |
| Rol Físico             | 5,03    | 1,67       | 19,60            | ,65        |
| Rol Emocional          | 4,43    | 1,35       | 11,30            | ,63        |
| Función Social         | 6,96    | 2,60       | 16,25            | 1,13       |
| Dolor                  | 6,77    | 3,50       | 22,72            | 1,48       |
| Vitalidad              | 9,76    | 4,39       | 25,74            | 2,19       |
| Salud Mental           | 14,10   | 5,83       | 15,70            | 3,28       |
| Escala Física          | 26,82   | 1,46       | 26,82            | 1,46       |
| Escala Mental          | 33,04   | 1,72       | 33,04            | 1,72       |

Tabla 12. Niveles de Calidad de Vida recogidos por el SF-36 en mujeres

### 3.2. Relación entre variables psicosociales y calidad de vida

Las correlaciones entre los índices de la calidad de vida y el optimismo, el estado anímico y el nivel de apoyo social, aparecen reflejadas en la Tabla 13. Todos los subcomponentes de la calidad de vida, excepto el rol físico, presentan correlaciones significativas con las otras variables. Especialmente destacables son las asociaciones encontradas en salud general, función física, función social y salud mental (con niveles de significación por debajo de 0,01). El optimismo se asocia positivamente a la salud general, la función física y la función social, y

negativamente al dolor. La ansiedad se asocia negativamente a la salud general, rol emocional y función social. La depresión se asocia negativamente a la salud general, función física, rol emocional y función social, y positivamente al dolor. Por último, el apoyo social se asocia principalmente a la mejora de las áreas de salud general, función física, rol emocional, vitalidad y salud mental, aunque empeora la evaluación subjetiva que el paciente realiza sobre su enfermedad. Las correlaciones respecto a las escalas globales física y mental aparecen en la Tabla 14. Todas las asociaciones son significativas salvo la establecida entre ansiedad y salud física.

|                     | Salud General | Evaluación de la Salud | Función Física | Rol Físico | Rol Emocional | Función Social | Dolor   | Vitalidad | Salud Mental |
|---------------------|---------------|------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|---------|-----------|--------------|
| <b>Optimismo</b>    | 0,528**       | -0,208                 | 0,340**        | -0,032     | 0,219         | 0,289*         | 0,330** | 0,089     | 0,381**      |
| <b>Ansiedad</b>     | -0,429**      | -0,164                 | -0,163         | -0,029     | -0,301*       | -0,284*        | -0,268  | -0,042    | -0,455**     |
| <b>Depresión</b>    | -0,556**      | 0,216                  | -0,444**       | -0,071     | -0,312**      | -0,440**       | -0,282* | -0,212    | -0,546**     |
| <b>Apoyo Social</b> | 0,300*        | -0,339**               | 0,427**        | -0,159     | 0,241*        | 0,195          | 0,168   | 0,424**   | 0,329**      |

Tabla 13. Correlaciones obtenidas entre el optimismo, el estado de ánimo y el nivel de apoyo social y la Calidad de Vida

|                     | Escala Física | Escala Mental |
|---------------------|---------------|---------------|
| <b>Optimismo</b>    | 0,319**       | 0,327**       |
| <b>Ansiedad</b>     | -0,068        | -0,355**      |
| <b>Depresión</b>    | -0,318**      | -0,509**      |
| <b>Apoyo Social</b> | 0,394**       | 0,425**       |

Tabla 14. Correlaciones obtenidas entre el optimismo, el estado de ánimo y el nivel de apoyo social y las escalas globales física y mental de la Calidad de Vida

En las tablas siguientes aparecen reflejadas las correlaciones establecidas entre las variables anteriormente comentadas en función del sexo. En el grupo de hombres (Tabla 15), la ansiedad

y la depresión también son las variables que obtienen mayor número de correlaciones significativas con casi todas las áreas de la calidad de vida: salud general, función física, rol emocional, función social, vitalidad y salud mental. La depresión correlaciona también con la evaluación de la salud, de modo que a mayor depresión, peor evaluación de la salud realiza el paciente. Por otro lado, el apoyo social se asocia con mejoras de la función física, la vitalidad y la salud mental, y con un empeoramiento en la evaluación subjetiva de la salud. Por último, el optimismo se asocia con una mejor salud general, función física, función social, menor dolor, mayor vitalidad y salud mental. Respecto a la relación con las escalas física y mental (Tabla 16), las variables psicosociales evaluadas obtienen correlaciones significativas con ambas escalas, excepto en el caso de la ansiedad y la escala física. Una de las correlaciones más destacadas es la obtenida entre el apoyo social y la escala física, obteniéndose un aumento considerable de este componente al aumentar el apoyo social.

|                     | Salud General | Evaluación de la Salud | Función Física | Rol Físico | Rol Emocional | Función Social | Dolor  | Vitalidad | Salud Mental |
|---------------------|---------------|------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|--------|-----------|--------------|
| <b>Optimismo</b>    | 0,596**       | -0,311                 | 0,402*         | -0,048     | 0,312         | 0,378*         | 0,365* | 0,278     | 0,450**      |
| <b>Ansiedad</b>     | -0,457**      | -0,010                 | -0,337*        | -0,138     | -0,403*       | -0,472**       | -0,301 | -0,266    | -0,605**     |
| <b>Depresión</b>    | -0,601**      | 0,432**                | -0,482**       | 0,044      | -0,414**      | -0,581**       | -0,266 | -0,431**  | -0,597**     |
| <b>Apoyo Social</b> | 0,321*        | -0,561**               | 0,541**        | -0,112     | 0,253         | 0,246          | 0,138  | 0,576**   | 0,326*       |

Tabla 15. Correlaciones obtenidas entre el optimismo, el estado de ánimo y el nivel de apoyo social y la Calidad de Vida en hombres

En el grupo de mujeres (Tabla 17), la ansiedad y la depresión se asocian a la disminución de algunas áreas de la calidad de vida. En el caso de la depresión, se observa una relación negativa con la salud general y la salud mental. En el caso de la ansiedad, una asociación positiva con vitalidad, lo que sugiere que la ansiedad se relaciona con un mayor grado de vitalidad y energía. En la Tabla 18 aparecen reflejadas las correlaciones establecidas entre estas variables psicosociales y las escalas física y mental. A diferencia de lo que ocurría en el grupo de hombres, ninguna de las correlaciones llega a ser significativa.

|                     | <b>Escala Física</b> | <b>Escala Mental</b> |
|---------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Optimismo</b>    | 0,444**              | 0,459**              |
| <b>Ansiedad</b>     | -0,210               | -0,562**             |
| <b>Depresión</b>    | -0,408**             | -0,651**             |
| <b>Apoyo Social</b> | 0,571**              | 0,494**              |

Tabla 16. Correlaciones obtenidas entre el optimismo, el estado de ánimo y el nivel de apoyo social y las escalas física y mental de la Calidad de Vida en hombres

En el grupo de mujeres (Tabla 17), la ansiedad y la depresión se asocian a la disminución de algunas áreas de la calidad de vida. En el caso de la depresión, se observa una relación negativa con la salud general y la salud mental. En el caso de la ansiedad, una asociación positiva con vitalidad, lo que sugiere que la ansiedad se relaciona con un mayor grado de vitalidad y energía. En la Tabla 18 aparecen reflejadas las correlaciones establecidas entre estas variables psicosociales y las escalas física y mental. A diferencia de lo que ocurría en el grupo de hombres, ninguna de las correlaciones llega a ser significativa.

|                     | <b>Salud General</b> | <b>Evaluación de la Salud</b> | <b>Función Física</b> | <b>Rol Físico</b> | <b>Rol Emocional</b> | <b>Función Social</b> | <b>Dolor</b> | <b>Vitalidad</b> | <b>Salud Mental</b> |
|---------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|-----------------------|--------------|------------------|---------------------|
| <b>Optimismo</b>    | 0,414*               | -0,214                        | 0,194                 | -0,085            | 0,068                | 0,167                 | 0,244        | 0,228            | 0,253               |
| <b>Ansiedad</b>     | -0,339               | -0,239                        | 0,211                 | 0,182             | -0,125               | -0,040                | -0,161       | 0,380*           | -0,203              |
| <b>Depresión</b>    | -0,494**             | 0,193                         | -0,344                | -0,089            | -0,165               | -0,295                | -0,221       | 0,109            | -0,467**            |
| <b>Apoyo Social</b> | 0,208                | -0,224                        | 0,175                 | -0,310            | 0,171                | 0,090                 | 0,131        | 0,139            | 0,274               |

Tabla 17. Correlaciones obtenidas entre el optimismo, el estado de ánimo y el nivel de apoyo social y la Calidad de Vida en mujeres

|                     | <b>Escala Física</b> | <b>Escala Mental</b> |
|---------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Optimismo</b>    | -0,094               | -0,097               |
| <b>Ansiedad</b>     | 0,255                | 0,020                |
| <b>Depresión</b>    | -0,127               | -0,311               |
| <b>Apoyo Social</b> | 0,059                | 0,257                |

Tabla 18. Correlaciones obtenidas entre el optimismo, el estado de ánimo y el nivel de apoyo social y las escalas física y mental de la Calidad de Vida en mujeres

Como puede observarse en las tablas anteriores, existe un mayor número de correlaciones significativas en el grupo de hombres que en el de mujeres. Para analizar si existen diferencias significativas entre estos coeficientes de correlación en función del género se utilizó el estadístico Z. Los resultados de estos análisis se presentan en la Tabla 19.

| <b>Variables correlacionadas</b>             | <b>Z</b> | <b>P</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Ansiedad y rol emocional</b>              | -1,723   | 0,043    |
| <b>Ansiedad y función física</b>             | -3,245   | 0,000    |
| <b>Ansiedad y función social</b>             | -2,714   | 0,003    |
| <b>Ansiedad y vitalidad</b>                  | -3,863   | 0,000    |
| <b>Ansiedad y salud mental</b>               | -2,844   | 0,002    |
| <b>Depresión y función social</b>            | -2,067   | 0,019    |
| <b>Depresión y vitalidad</b>                 | -3,277   | 0,000    |
| <b>Apoyo social y evaluación de la salud</b> | -2,334   | 0,009    |
| <b>Apoyo social y vitalidad</b>              | 2,967    | 0,001    |
| <b>Apoyo social y función física</b>         | -2,462   | 0,006    |
| <b>Optimismo y escala física</b>             | -2,199   | 0,014    |
| <b>Apoyo social y escala física</b>          | -1,755   | 0,040    |
| <b>Optimismo y escala mental</b>             | -2,290   | 0,011    |

Tabla 19. Estadístico Z y probabilidad asociada a las diferencias sexuales encontradas en las correlaciones obtenidas.

Según los datos reflejados, algunas de las diferencias más significativas encontradas en función del sexo se refieren a las correlaciones establecidas entre la ansiedad y la función física, la ansiedad y la vitalidad, y la depresión y la vitalidad. Así pues, la ansiedad correlaciona negativa y significativamente con la función física en el grupo de hombres, no ocurriendo esto en el grupo de mujeres, esto también ocurre con la vitalidad. Otra diferencia significativa se obtiene en relación a la correlación negativa obtenida en el grupo de hombres referente a la depresión y la vitalidad.

Respecto al patrón de conducta Tipo C, como puede verse en las tablas 20 a 25, la racionalidad se asocia negativamente con el rol emocional y positivamente con la evaluación de la salud. La necesidad de armonía no muestra correlaciones significativas con ningún componente de la calidad de vida. En relación a las escalas globales física y mental de la Calidad de Vida (Tabla 21), no se obtienen correlaciones significativas con el patrón de conducta en la muestra general.

|                             | Salud General | Evaluación de la Salud | Función Física | Rol Físico | Rol Emocional | Función Social | Dolor  | Vitalidad | Salud Mental |
|-----------------------------|---------------|------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|--------|-----------|--------------|
| <b>Racionalidad</b>         | -0,126        | 0,240*                 | 0,002          | 0,062      | -0,310**      | -0,078         | 0,001  | -0,014    | -0,047       |
| <b>Necesidad de armonía</b> | 0,159         | -0,066                 | 0,046          | -0,107     | -0,118        | -0,140         | -0,049 | 0,119     | 0,110        |

Tabla 20. Correlaciones entre el patrón de conducta y la Calidad de Vida

|                             | Escala Física | Escala Mental |
|-----------------------------|---------------|---------------|
| <b>Racionalidad</b>         | 0,025         | -0,083        |
| <b>Necesidad de armonía</b> | 0,117         | 0,066         |

Tabla 21. Correlaciones entre el patrón de conducta y las escalas física y mental de la Calidad de Vida

En el grupo de hombres, como refleja la Tabla 22, únicamente destaca la correlación significativa obtenida entre la racionalidad y la evaluación de la salud, de manera que a mayor racionalidad peor evaluación de la salud. Respecto a las escalas física y mental (Tabla 23), no se obtuvieron correlaciones significativas.

|                             | Salud General | Evaluación de la Salud | Función Física | Rol Físico | Rol Emocional | Función Social | Dolor  | Vitalidad | Salud Mental |
|-----------------------------|---------------|------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|--------|-----------|--------------|
| <b>Racionalidad</b>         | -0,004        | 0,400*                 | -0,022         | 0,091      | -0,067        | 0,008          | 0,202  | -0,095    | 0,060        |
| <b>Necesidad de armonía</b> | 0,101         | -0,165                 | 0,101          | -0,281     | -0,251        | -0,262         | -0,150 | 0,276     | -0,001       |

Tabla 22. Correlaciones entre el patrón de conducta y la Calidad de Vida en hombres.

|                             | Escala Física | Escala Mental |
|-----------------------------|---------------|---------------|
| <b>Racionalidad</b>         | -0,018        | -0,016        |
| <b>Necesidad de armonía</b> | 0,256         | 0,044         |

Tabla 23. Correlaciones entre el patrón de conducta y las escalas física y mental de la Calidad de Vida en hombres.

En el grupo de mujeres (Tabla 24), la racionalidad correlaciona significativamente y de forma negativa con el rol emocional, mientras que la necesidad de armonía se asocia con un aumento de la salud mental. En relación a las escalas física y mental (Tabla 25), al igual que en el grupo de hombres, tampoco se obtienen correlaciones significativas.

La principal diferencia sexual significativa en relación a las correlaciones anteriores es la obtenida entre necesidad de armonía y salud mental ( $z=-2,501$ ;  $p<0,01$ ), significativa en el grupo de mujeres.

|                             | Salud General | Evaluación de la Salud | Función Física | Rol Físico | Rol Emocional | Función Social | Dolor  | Vitalidad | Salud Mental |
|-----------------------------|---------------|------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|--------|-----------|--------------|
| <b>Racionalidad</b>         | -0,326        | 0,064                  | 0,027          | 0,019      | -0,636**      | -0,182         | -0,246 | 0,103     | -0,209       |
| <b>Necesidad de armonía</b> | 0,376*        | 0,165                  | 0,073          | 0,230      | 0,160         | 0,078          | 0,185  | -0,090    | 0,409*       |

Tabla 24. Correlaciones entre el patrón de conducta y la Calidad de Vida en mujeres.

|                             | Escala Física | Escala Mental |
|-----------------------------|---------------|---------------|
| <b>Racionalidad</b>         | 0,076         | -0,202        |
| <b>Necesidad de armonía</b> | 0,012         | 0,231         |

Tabla 25. Correlaciones entre el patrón de conducta y las escalas física y mental de la Calidad de Vida en mujeres.

En relación al malestar asociado a las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, las tablas siguientes, 26 y 27, especifican las correlaciones obtenidas entre el nivel de malestar reflejado para cada una de las situaciones estresantes, el estrés total y los subcomponentes de la calidad de vida junto con las escalas física y mental. El estresor procedente de las emociones negativas es el que obtiene mayor número de correlaciones, por ejemplo con la salud general, la función física, el rol emocional, la función social, la salud mental y la escala mental. El estrés total también obtiene un número considerable de correlaciones significativas, destacando las obtenidas con la salud general, la función física, el rol emocional, la función social, la vitalidad, la salud mental y la escala mental.

| Nivel de estrés                 | Salud General | Evaluación de la Salud | Función Física | Rol Físico | Rol Emocional | Función Social | Dolor  | Vitalidad | Salud Mental |
|---------------------------------|---------------|------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|--------|-----------|--------------|
| Emociones Negativas             | -0,326*       | 0,233                  | -0,416**       | -0,087     | -0,392*       | -0,346*        | -0,301 | -0,307*   | -0,572**     |
| Apoyo Social                    | -0,309*       | 0,177                  | -0,184         | -0,058     | -0,178        | -0,197         | -0,048 | -0,117    | -0,295       |
| Preocupación por el tratamiento | -0,476**      | 0,233                  | -0,332*        | 0,000      | -0,187        | -0,326*        | -0,134 | -0,259    | -0,356*      |
| Temor por el pronóstico         | -0,142        | 0,101                  | -0,227         | -0,151     | -0,313*       | -0,239         | -0,183 | -0,295    | -0,227       |
| Área funcional                  | -0,050        | 0,046                  | -0,173         | -0,266     | -0,154        | -0,171         | -0,044 | -0,293    | -0,254       |
| Estrés                          | -0,349*       | 0,151                  | -0,403**       | -0,216     | -0,397**      | -0,383*        | -0,219 | -0,384*   | -0,494**     |

Tabla 26. Correlaciones obtenidas entre el estrés procedente de las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el total de estrés y la Calidad de Vida

| Nivel de estrés                 | Escala Física | Escala Mental |
|---------------------------------|---------------|---------------|
| Emociones Negativas             | -0,212        | -0,531**      |
| Apoyo Social                    | -0,106        | -0,259        |
| Preocupación por el tratamiento | -0,307*       | -0,372*       |
| Temor por el pronóstico         | -0,206        | -0,317*       |
| Área funcional                  | -0,118        | -0,299        |
| Estrés                          | -0,283        | -0,529**      |

Tabla 27. Correlaciones obtenidas entre el estrés procedente de las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el total de estrés y las escalas física y mental de la Calidad de Vida

En el grupo de hombres, las principales correlaciones significativas obtenidas entre el nivel de estrés de las situaciones relacionadas con la enfermedad y los subcomponentes de la calidad de vida junto con las escalas física y mental reflejan que el estrés procedente de las emociones negativas de la enfermedad es el que obtiene mayor número de correlaciones, por ejemplo con la función física, el rol emocional, la función social, la vitalidad, la salud mental y la escala mental. Además, el estrés total también obtiene varias correlaciones significativas, por ejemplo

con el rol físico, el rol emocional, la función social, la salud mental y la escala mental. Estos datos aparecen reflejados en las tablas 28 y 29.

En mujeres, las tablas siguientes 30 y 31 reflejan las principales correlaciones obtenidas con el estrés relacionado con las situaciones procedentes de la enfermedad, el estrés total y los subcomponentes de la calidad de vida junto con las escalas física y mental. Existe un menor número de correlaciones en este grupo, destacando únicamente el estrés procedente de las emociones negativas que correlaciona negativamente con el dolor, siendo éste un ítem inverso.

| Nivel de estrés                 | Salud General | Evaluación de la Salud | Función Física | Rol Físico | Rol Emocional | Función Social | Dolor  | Vitalidad | Salud Mental |
|---------------------------------|---------------|------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|--------|-----------|--------------|
| Emociones Negativas             | -0,235        | 0,346                  | -0,460*        | -0,230     | -0,541**      | -0,467*        | -0,189 | -0,436*   | -0,628**     |
| Apoyo Social                    | 0,023         | 0,405*                 | -0,084         | -0,139     | -0,259        | -0,216         | 0,178  | -0,025    | -0,096       |
| Preocupación por el tratamiento | -0,428*       | 0,341                  | -0,049         | -0,165     | -0,094        | -0,405*        | 0,087  | -0,206    | -0,259       |
| Temor por el pronóstico         | -0,012        | 0,216                  | -0,166         | -0,549**   | -0,354        | -0,332         | -0,235 | -0,223    | -0,197       |
| Área funcional                  | 0,019         | -0,120                 | -0,067         | -0,245     | 0,058         | -0,324         | -0,193 | -0,340    | -0,331       |
| Estrés                          | -0,182        | 0,371                  | -0,304         | -0,458*    | -0,447*       | -0,532**       | -0,170 | -0,392    | -0,482*      |

Tabla 28. Correlaciones obtenidas entre el estrés procedente de las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el total de estrés y la Calidad de Vida en hombres.

| Nivel de estrés                 | Escala Física | Escala Mental |
|---------------------------------|---------------|---------------|
| Emociones Negativas             | -0,152        | -0,640**      |
| Apoyo Social                    | 0,126         | -0,128        |
| Preocupación por el tratamiento | -0,066        | -0,299        |
| Temor por el pronóstico         | -0,130        | -0,289        |
| Área funcional                  | -0,019        | -0,356        |
| Estrés                          | -0,116        | -0,549**      |

Tabla 29. Correlaciones obtenidas entre el estrés procedente de las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el total de estrés y las escalas física y mental de la Calidad de Vida en hombres.

| Nivel de estrés                 | Salud General | Evaluación de la Salud | Función Física | Rol Físico | Rol Emocional | Función Social | Dolor   | Vitalidad | Salud Mental |
|---------------------------------|---------------|------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|---------|-----------|--------------|
| Emociones Negativas             | -0,441        | 0,172                  | -0,302         | 0,131      | -0,126        | -0,161         | -0,469* | -0,026    | -0,445       |
| Apoyo Social                    | -0,449        | 0,218                  | -0,092         | 0,074      | 0,004         | -0,164         | -0,184  | -0,053    | -0,411       |
| Preocupación por el tratamiento | -0,344        | 0,476                  | -0,422         | 0,210      | -0,150        | -0,297         | -0,249  | -0,172    | -0,366       |
| Temor por el pronóstico         | -0,128        | 0,122                  | -0,176         | 0,324      | -0,193        | -0,110         | -0,061  | -0,304    | -0,172       |
| Área funcional                  | 0,022         | 0,295                  | -0,198         | -0,261     | -0,316        | -0,007         | 0,159   | -0,180    | -0,105       |
| Estrés total                    | -0,327        | 0,176                  | -0,373         | 0,081      | -0,263        | -0,230         | -0,218  | -0,253    | -0,436       |

Tabla 30. Correlaciones obtenidas entre el estrés procedente de las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el total de estrés y la Calidad de Vida en mujeres.

| Nivel de estrés                 | Escala Física | Escala Mental |
|---------------------------------|---------------|---------------|
| Emociones Negativas             | -0,247        | -0,298        |
| Apoyo Social                    | -0,058        | -0,274        |
| Preocupación por el tratamiento | -0,274        | -0,350        |
| Temor por el pronóstico         | -0,130        | -0,263        |
| Área funcional                  | -0,098        | -0,171        |
| Estrés total                    | -0,238        | -0,419        |

Tabla 31. Correlaciones obtenidas entre el estrés procedente de las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el total de estrés y las escalas física y mental de la Calidad de Vida en mujeres.

Respecto a las diferencias sexuales significativas obtenidas en relación a las correlaciones anteriormente comentadas, destacan las que se exponen en la Tabla 32.

De manera que en el grupo de hombres la correlación entre el temor por el pronóstico y el rol físico es negativa y significativa, por lo que en este grupo el malestar provocado por el miedo al pronóstico se asocia con un empeoramiento del rol físico. También se obtienen otras diferencias importantes por ejemplo las obtenidas en las correlaciones entre las emociones negativas, el rol emocional y la vitalidad.

| Variables correlacionadas            | Z      | P<    |
|--------------------------------------|--------|-------|
| Temor por el pronóstico y rol físico | -5,474 | 0,001 |
| Emociones negativas y rol emocional  | -2,751 | 0,002 |
| Emociones negativas y función social | -1,975 | 0,024 |
| Estrés total y función social        | -2,060 | 0,020 |
| Emociones negativas y vitalidad      | -2,534 | 0,002 |
| Emociones negativas y escala mental  | -2,589 | 0,004 |

Tabla 32. Estadístico Z y probabilidad asociada a las diferencias sexuales encontradas en las correlaciones obtenidas.

Para evitar la redundancia de la medida del estrés relacionado con la enfermedad, las tablas correspondientes a las correlaciones entre el número de situaciones estresantes asociadas a la enfermedad y la Calidad de Vida tanto en la muestra general como en el grupo de hombres y mujeres aparecen adjuntas en el Anexo II. De estos datos se deriva que la función física es el área que más correlaciona con estas situaciones, asociándose de forma significativa e inversa con las emociones negativas, el temor por el pronóstico y el área funcional. Además, también la función física correlaciona negativamente con el número total de situaciones estresantes, lo que también ocurre con otros componentes de la calidad de vida como el dolor, la vitalidad y la salud mental. Por otro lado, las situaciones estresantes relacionadas con las emociones negativas experimentadas durante la enfermedad es la variable que más correlaciona con los subcomponentes evaluados de la calidad de vida. En relación a las escalas física y mental, destacan las correlaciones obtenidas con respecto a la escala física, especialmente las obtenidas con la preocupación por el tratamiento, el temor por el pronóstico, el área funcional y el número total de situaciones estresantes. Por último, la escala mental se asocia negativamente con las emociones negativas y con el número total de situaciones estresantes.

En el grupo de hombres, en relación al número de situaciones estresantes, destacan las correlaciones negativas obtenidas entre todas las situaciones estresantes vividas durante la enfermedad y la función social, además la situación estresante de temor por el pronóstico se asocia a una peor evaluación de la salud. Respecto a las escalas física y mental, son destacables las correlaciones obtenidas entre ésta última y la situación asociada a las emociones negativas junto con el total de situaciones estresantes.

En el grupo de mujeres, las situaciones referidas a las emociones negativas se asocian a una disminución de la vitalidad y de la salud mental. Además, la situación de temor por el pronóstico y el total de situaciones estresantes se relaciona con un aumento del dolor. En relación a las escalas física y mental, las situaciones estresantes relacionadas con el área funcional y el total de situaciones estresantes se asocia a una disminución de la escala física, mientras que las situación de emociones negativas correlaciona también negativamente con la escala mental.

En las tablas 33 a 34 se reflejan las correlaciones obtenidas entre las estrategias de afrontamiento utilizadas y la Calidad de Vida tanto en la muestra general como en el grupo de

hombres y mujeres. La estrategia con mayor número de correlaciones significativas es el estoicismo y la relajación. Destacan, por ejemplo, las correlaciones obtenidas entre la no utilización de estrategias o pasividad y una peor evaluación de la salud, un peor funcionamiento físico y una menor vitalidad. Otras estrategias como el estoicismo se asocian principalmente a la disminución de prácticamente todas las áreas de la calidad de vida. Por último, la relajación correlaciona con un peor rol emocional y con una menor salud mental.

En la Tabla 34 aparecen reflejadas las correlaciones obtenidas entre las estrategias de afrontamiento y las escalas física y mental de la calidad de vida. En ésta se observa que el peor funcionamiento de la escala física aparece asociado a la no utilización de estrategias y a la utilización del deseo irracional como estrategia de afrontamiento. En relación a la escala mental, destacan sus correlaciones negativas con la distracción cognitiva, el estoicismo y la relajación.

Al observar las correlaciones obtenidas en función del sexo, destaca un mayor número de correlaciones en el grupo de hombres frente al de mujeres. Así, en hombres (Tabla 35), la relajación obtiene un mayor número de correlaciones significativas, destacan también las obtenidas entre la distracción cognitiva y su asociación con la disminución de la vitalidad y la salud mental. Es importante destacar que la estrategia de deseo irracional no ha sido utilizada por este grupo por lo que se suprime el análisis de estas correlaciones.

Respecto a las escalas física y mental (Tabla 36), nuevamente la distracción cognitiva, el estoicismo y la relajación son las estrategias que más correlaciones obtienen, asociándose principalmente con una disminución del funcionamiento de la escala mental.

| Estrategias de afrontamiento | Salud General | Evaluación de la Salud | Función Física | Rol Físico | Rol Emocional | Función Social | Dolor  | Vitalidad | Salud Mental |
|------------------------------|---------------|------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|--------|-----------|--------------|
| Ninguna                      | 0,030         | 0,255*                 | -0,299*        | 0,227      | -0,092        | -0,008         | -0,136 | -0,332**  | -0,150       |
| Distracción Cognitiva        | 0,009         | 0,152                  | -0,125         | 0,151      | 0,072         | -0,124         | 0,001  | -0,271*   | -0,277*      |
| Deseo Irrracional            | -0,126        | 0,027                  | -0,194         | 0,019      | 0,045         | -0,023         | -0,232 | -0,145    | -0,150       |
| Evitación                    | -0,117        | 0,051                  | -0,222         | -0,119     | -0,285*       | -0,086         | -0,230 | -0,103    | -0,129       |
| Apoyo Emocional              | -0,154        | 0,090                  | -0,011         | 0,028      | 0,141         | 0,048          | -0,044 | -0,198    | -0,262*      |
| Estoicismo                   | -0,278*       | 0,270*                 | -0,317**       | -0,281*    | -0,424**      | -0,371**       | 0,251* | -0,021    | -0,253*      |
| Negación                     | -0,080        | 0,141                  | -0,045         | 0,084      | 0,115         | -0,038         | 0,200  | -0,090    | -0,022       |
| Catarsis                     | 0,058         | -0,145                 | -0,035         | -0,082     | -0,056        | -0,158         | -0,147 | 0,035     | -0,071       |
| Relajación                   | -0,295*       | 0,106                  | -0,235         | -0,043     | -0,342**      | -0,093         | 0,061  | -0,227    | -0,256*      |
| Acción Directa               | -0,028        | 0,044                  | -0,127         | 0,066      | 0,044         | 0,148          | 0,042  | -0,293*   | -0,102       |
| Redefinición                 | 0,116         | -0,242*                | ,205           | -,042      | -0,010        | 0,150          | 0,046  | 0,148     | 0,168        |

Tabla 33. Correlaciones obtenidas entre las estrategias de afrontamiento y la Calidad de Vida

| Estrategias de afrontamiento | Escala Física | Escala Mental |
|------------------------------|---------------|---------------|
| Ninguna                      | -0,244*       | -0,234        |
| Distracción Cognitiva        | 0,000         | -0,281*       |
| Deseo Irrracional            | -0,243*       | -0,141        |
| Evitación                    | -0,215        | -0,163        |
| Apoyo Emocional              | -0,064        | -0,198        |
| Estoicismo                   | -0,198        | -0,270*       |
| Negación                     | -0,029        | -0,045        |
| Catarsis                     | 0,048         | -0,062        |
| Relajación                   | -0,184        | -0,293*       |
| Acción Directa               | -,191         | -,144         |
| Redefinición                 | ,141          | ,183          |

Tabla 34. Correlaciones obtenidas entre las estrategias de afrontamiento y las escalas física y mental de la Calidad de Vida

En mujeres, Tabla 37, la no utilización de estrategias o pasividad es la variable con mayor número de correlaciones significativas, asociándose a la peor evaluación de la salud y a una menor vitalidad. El apoyo emocional también correlaciona negativamente con la salud mental y el estoicismo con el rol emocional.

| Estrategias de afrontamiento | Salud General | Evaluación de la Salud | Función Física | Rol Físico | Rol Emocional | Función Social | Dolor  | Vitalidad | Salud Mental |
|------------------------------|---------------|------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|--------|-----------|--------------|
| Ninguna                      | 0,022         | 0,242                  | -0,269         | 0,224      | -0,214        | 0,138          | 0,015  | -0,193    | 0,014        |
| Distracción Cognitiva        | -0,040        | 0,204                  | -0,110         | 0,117      | 0,025         | -0,053         | 0,060  | -0,337*   | -0,430**     |
| Evitación                    | -0,088        | 0,195                  | -0,246         | -0,174     | -0,387*       | -0,177         | -0,250 | -0,029    | -0,035       |
| Apoyo Emocional              | -0,070        | 0,106                  | 0,093          | 0,088      | 0,345*        | ,0104          | -0,023 | -0,210    | -0,167       |
| Estoicismo                   | -0,203        | 0,493**                | -0,350*        | -0,174     | -0,328*       | -0,591**       | -0,194 | -0,219    | -0,268       |
| Negación                     | -0,151        | 0,185                  | -0,069         | 0,155      | 0,047         | -0,053         | 0,142  | -0,160    | -0,092       |
| Catarsis                     | 0,082         | -0,286                 | 0,051          | -0,377*    | -0,105        | -0,148         | 0,173  | 0,031     | 0,034        |
| Relajación                   | -0,429**      | 0,168                  | -0,310         | -0,026     | -0,547**      | -0,374*        | -0,040 | -0,316*   | -0,326*      |
| Acción Directa               | 0,112         | 0,226                  | -0,020         | 0,323*     | 0,152         | 0,098          | 0,094  | -0,283    | -0,143       |
| Redefinición                 | 0,019         | -0,203                 | 0,084          | -0,074     | 0,247         | -0,016         | -0,104 | 0,188     | 0,005        |

Tabla 35. Principales correlaciones obtenidas entre las estrategias de afrontamiento y la Calidad de Vida en hombres.

| Estrategias de afrontamiento | Escala Física | Escala Mental |
|------------------------------|---------------|---------------|
| Ninguna                      | -0,238        | -0,075        |
| Distracción Cognitiva        | 0,033         | -0,377*       |
| Evitación                    | -0,223        | -0,106        |
| Apoyo Emocional              | -0,036        | -0,121        |
| Estoicismo                   | -0,217        | -0,380*       |
| Negación                     | -0,081        | -0,123        |
| Catarsis                     | 0,112         | -0,008        |
| Relajación                   | -0,272        | -0,437**      |
| Acción Directa               | 0,026         | -0,162        |
| Redefinición                 | 0,088         | 0,109         |

Tabla 36. Principales correlaciones obtenidas entre las estrategias de afrontamiento y las escalas física y mental de la Calidad de Vida en hombres.

| Estrategias de afrontamiento | Salud General | Evaluación de la Salud | Función Física | Rol Físico | Rol Emocional | Función Social | Dolor  | Vitalidad | Salud Mental |
|------------------------------|---------------|------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|--------|-----------|--------------|
| Ninguna                      | 0,125         | 0,389*                 | -0,279         | 0,319      | 0,147         | -0,146         | -0,282 | -0,537**  | -0,350       |
| Distracción Cognitiva        | 0,034         | 0,035                  | -0,245         | 0,156      | 0,096         | -0,263         | -0,138 | -0,226    | -0,110       |
| Deseo Irracional             | -0,161        | 0,099                  | -0,270         | 0,076      | 0,114         | 0,003          | -0,293 | -0,202    | -0,191       |
| Evitación                    | -0,131        | -0,097                 | -0,116         | 0,007      | -0,088        | 0,079          | -0,171 | -0,212    | -0,262       |
| Apoyo Emocional              | -0,310        | 0,066                  | -0,206         | -0,061     | -0,150        | -0,026         | -0,084 | -0,193    | -0,430*      |
| Estoicismo                   | -0,332        | 0,178                  | -0,245         | -0,343     | -0,493**      | -0,172         | -0,258 | 0,255     | -0,201       |
| Negación                     | 0,011         | 0,008                  | -0,094         | -0,117     | 0,218         | -0,070         | 0,281  | 0,010     | 0,061        |
| Catarsis                     | 0,139         | -0,002                 | 0,004          | 0,147      | 0,031         | -0,128         | -0,267 | 0,124     | -0,072       |
| Relajación                   | -0,050        | 0,067                  | -0,076         | -0,044     | -0,035        | 0,278          | 0,229  | -0,050    | -0,127       |
| Acción Directa               | -0,093        | 0,004                  | -0,147         | -0,078     | 0,024         | 0,264          | 0,094  | -0,266    | 0,020        |
| Redefinición                 | 0,257         | -0,238                 | 0,412*         | 0,011      | -0,138        | 0,285          | 0,183  | 0,189     | 0,356        |

Tabla 37. Correlaciones obtenidas entre las estrategias de afrontamiento y la Calidad de Vida en mujeres.

En relación a las escalas física y mental (Tabla 38), la principal correlación destaca una asociación negativa entre la no utilización de estrategias y la escala mental.

| <b>Estrategias de afrontamiento</b> | <b>Escala Física</b> | <b>Escala Mental</b> |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Ninguna</b>                      | -0,172               | -0,441*              |
| <b>Distracción Cognitiva</b>        | -0,138               | -0,211               |
| <b>Deseo Irracional</b>             | -0,335               | -0,176               |
| <b>Evitación</b>                    | -0,147               | -0,228               |
| <b>Apoyo Emocional</b>              | -0,127               | -0,348               |
| <b>Estoicismo</b>                   | -0,121               | -0,112               |
| <b>Negación</b>                     | -0,016               | 0,050                |
| <b>Catarsis</b>                     | 0,130                | -0,016               |
| <b>Relajación</b>                   | -0,014               | -0,027               |
| <b>Acción Directa</b>               | -0,324               | -0,032               |
| <b>Redefinición</b>                 | 0,269                | 0,333                |

Tabla 38. Correlaciones obtenidas entre las estrategias de afrontamiento y la escala física y mental de la Calidad de Vida en mujeres.

Las diferencias sexuales significativas obtenidas en las correlaciones anteriores son las que exponen en la siguiente tabla (Tabla 39).

| <b>Variables correlacionadas</b>            | <b>Z</b> | <b>P&lt;</b> |
|---|----------|--------------|
| <b>Distracción cognitiva y salud mental</b> | -2,077   | 0,019        |
| <b>Apoyo emocional y rol emocional</b>      | -2,576   | 0,005        |
| <b>Estoicismo y función social</b>          | -2,903   | 0,001        |
| <b>Relajación y función social</b>          | -3,898   | 0,000        |
| <b>Apoyo emocional y salud mental</b>       | -1,673   | 0,047        |
| <b>Ninguna estrategia y escala mental</b>   | -2,288   | 0,011        |
| <b>Relajación y escala mental</b>           | -2,536   | 0,005        |

Tabla 39. Estadístico Z y probabilidad asociada a las diferencias sexuales encontradas en las correlaciones obtenidas.

Tal y como refleja la Tabla 39, las diferencias sexuales más significativas en relación a las correlaciones entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida son las obtenidas entre la no utilización de estrategias y la escala mental, el estoicismo y la función social, y la distracción cognitiva y la salud mental. En relación a la asociación entre la no utilización de estrategias y la escala mental, aunque es negativa en ambos grupos, en el grupo de mujeres esta correlación es significativa. Respecto a la correlación obtenida entre distracción cognitiva y salud mental, ésta es significativa para el grupo de hombres pero no para el de mujeres.

### 3.3. Predicción de la calidad de vida

En las tablas siguientes se reflejan los principales modelos de regresión múltiple para predecir los subcomponentes de la calidad de vida y las escalas globales física y mental a partir de las variables psicosociales evaluadas en el estudio. En la muestra general (Tabla 40), la depresión es el factor más predictivo de la salud general, de la función física, de la salud mental y de la escala mental. El apoyo social es el factor más predictivo para la evaluación de la salud, la

vitalidad y la escala física. La estrategia de afrontamiento del estoicismo es el principal predictor del rol físico y del rol emocional. Por último, el estrés total es el factor predictor del dolor.

| Variable dependiente          | Variable predictora        | Coefficientes estandarizados $\beta$ | R cuadrado corregida | T     | Sig.  |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|----------------------|-------|-------|
| <b>Salud General</b>          | 1º Modelo:<br>Depresión    | -0,55                                | 0,29                 | -5,47 | 0,000 |
|                               | 2º Modelo:<br>Depresión    | -0,45                                | 0,32                 | -4,08 | 0,000 |
|                               | Ansiedad                   | -0,22                                |                      | -2,00 | 0,049 |
| <b>Evaluación de la salud</b> | 1º Modelo:<br>Apoyo social | -0,33                                | 0,10                 | -2,95 | 0,004 |
|                               | 2º Modelo:<br>Apoyo social | -0,38                                | 0,14                 | -3,38 | 0,001 |
|                               | Ansiedad                   | -0,24                                |                      | -2,10 | 0,039 |
|                               | 3º Modelo:<br>Apoyo social | -0,34                                | 0,21                 | -3,09 | 0,003 |
|                               | Ansiedad                   | -0,31                                |                      | -2,76 | 0,007 |
|                               | Estoicismo                 | 0,29                                 |                      | 2,55  | 0,013 |
| <b>Función física</b>         | 1º Modelo:<br>Depresión    | -0,44                                | 0,18                 | -4,05 | 0,000 |
|                               | 2º Modelo:<br>Depresión    | -0,43                                | 0,25                 | -4,14 | 0,000 |
|                               | Ninguna estrategia         | -0,28                                |                      | -2,70 | 0,009 |
| <b>Rol físico</b>             | Estoicismo                 | -0,28                                | 0,06                 | -2,39 | 0,019 |
| <b>Rol emocional</b>          | 1º Modelo:<br>Estoicismo   | -0,42                                | 0,16                 | -3,83 | 0,000 |
|                               | 2º Modelo:<br>Estoicismo   | -0,38                                | 0,24                 | -3,65 | 0,001 |
|                               | Relajación                 | -0,29                                |                      | -2,78 | 0,007 |
|                               | 3º Modelo:<br>Estoicismo   | -0,36                                | 0,29                 | -3,54 | 0,001 |
|                               | Relajación                 | -0,29                                |                      | -2,81 | 0,006 |
|                               | Evitación                  | -0,23                                |                      | -2,32 | 0,023 |
| <b>Función social</b>         | Depresión                  | -0,44                                | 0,18                 | -4,01 | 0,000 |
| <b>Dolor</b>                  | 1º Modelo:<br>Estrés total | -0,34                                | 0,10                 | -2,95 | 0,004 |
|                               | 2º Modelo:<br>Estrés total | -0,27                                | 0,15                 | -2,43 | 0,017 |
|                               | Optimismo                  | -,026                                |                      | -2,32 | 0,023 |
|                               | 3º Modelo:<br>Estrés total | -0,29                                | 0,20                 | -2,63 | 0,010 |
|                               | Optimismo                  | 0,37                                 |                      | -3,05 | 0,003 |
|                               | Relajación                 | 0,25                                 |                      | 2,17  | 0,034 |

Tabla 40. Modelos de regresión por pasos sucesivos para predecir los sucomponentes de la calidad de vida y las escalas física y mental

| Variable dependiente                                       | Variable predictora   | Coefficientes estandarizados $\beta$           | R cuadrado corregida | T     | Sig.  |       |
|--|---|--|----------------------|-------|-------|-------|
| Vitalidad  | 1º Modelo:<br>Apoyo social  | 0,42   | 0,16                 | 3,83  | 0,000 |       |
|  | 2º Modelo:<br>Apoyo social<br>Acción directa  | 0,39   | 0,21                 | 3,57  | 0,001 |       |
|  |   | -0,23  |                      | -2,17 | 0,033 |       |
|  | 3º Modelo:<br>Apoyo social<br>Acción directa<br>Distracción cognitiva                       | 0,33   | 0,25                 | 3,01  | 0,004 |       |
|  |   | -0,27  |                      | -2,57 | 0,012 |       |
|  |   | -0,23  |                      | -2,13 | 0,037 |       |
|  | 4º Modelo:<br>Apoyo social<br>Acción directa<br>Distracción cognitiva<br>Ninguna estrategia | 0,27   | 0,29                 | 2,45  | 0,017 |       |
|  |   | -0,25  |                      | -2,41 | 0,018 |       |
|  |   | -0,24  |                      | -2,31 | 0,024 |       |
|  |   | -0,22  |                      | -2,15 | 0,035 |       |
|  | Salud mental  | 1º Modelo:<br>Depresión                        | -0,54                | 0,28  | -5,32 | 0,000 |
|  |   | 2º Modelo:<br>Depresión<br>Emociones negativas | -0,43                | 0,39  | -4,33 | 0,000 |
| -0,55  |   |  | -3,55                |       | 0,001 |       |
| 3º Modelo:<br>Depresión<br>Emociones negativas<br>Ansiedad |   | -0,34  | 0,287                | -3,21 | 0,002 |       |
|  |   | -0,32  |                      | -3,34 | 0,001 |       |
|  |   | -0,21  |                      | -2,08 | 0,041 |       |

Tabla 40. Modelos de regresión por pasos sucesivos para predecir los sucomponentes de la calidad de vida y las escalas física y mental (Continuación I)

| Variable dependiente | Variable predictora                                      | Coefficientes estandarizados $\beta$ | R cuadrado corregida | T     | Sig.  |
|----------------------|--|--------------------------------------|----------------------|-------|-------|
| Escala física        | 1º Modelo:<br>Apoyo social                               | 0,39                                 | 0,14                 | 3,51  | 0,001 |
|                      | 2º Modelo:<br>Apoyo social                               | 0,39                                 | 0,18                 | 3,58  | 0,001 |
|                      | Deseo irracional   | -0,23                                |                      | -2,18 | 0,032 |
|                      | 3º Modelo:<br>Apoyo social                               | 0,40                                 | 0,22                 | 3,82  | 0,000 |
|                      | Deseo irracional   | -0,28                                |                      | -2,62 | 0,011 |
|                      | Situaciones estresantes relacionadas con el apoyo social | 0,22                                 |                      | 2,08  | 0,041 |
|                      | 4º Modelo:<br>Apoyo social                               | 0,30                                 | 0,28                 | 2,71  | 0,009 |
|                      | Deseo irracional   | -0,21                                |                      | -1,99 | 0,050 |
|                      | Situaciones estresantes relacionadas con el apoyo social | 0,36                                 |                      | 3,04  | 0,003 |
|                      | Número total de situaciones estresantes                  | -0,32                                |                      | -2,40 | 0,019 |
|                      | 5º Modelo:<br>Apoyo social                               | 0,23                                 | 0,35                 | 2,19  | 0,032 |
|                      | Deseo irracional   | -0,17                                |                      | -1,70 | 0,094 |
|                      | Situaciones estresantes relacionadas con el apoyo social | 0,43                                 |                      | 3,74  | 0,000 |
|                      | Número total de situaciones estresantes                  | -0,40                                |                      | -3,09 | 0,003 |
|                      | Eventos familiares                                       | 0,28                                 |                      | 2,80  | 0,007 |
| Escala mental        | 1º Modelo:<br>Depresión                                  | -0,50                                | 0,24                 | -4,84 | 0,000 |
|                      | 2º Modelo:<br>Depresión                                  | -0,39                                | 0,34                 | -3,85 | 0,000 |
|                      | Emociones negativas                                      | -0,34                                |                      | -3,31 | 0,001 |

Tabla 40. Modelos de regresión por pasos sucesivos para predecir los sucomponentes de la calidad de vida y las escalas física y mental (Continuación II)

En la Tabla 41 aparecen reflejados los modelos de regresión para predecir los subcomponentes de la calidad de vida y las escalas física y mental en el grupo de hombres. La depresión sigue siendo el principal factor predictor de la salud general, la función física, la vitalidad y la escala mental. El apoyo social es la variable predictora de la evaluación de la salud, la estrategia de catarsis es predictora del rol físico. Otras estrategias de afrontamiento como la relajación predicen el rol emocional y el estoicismo predicen la función social. Las situaciones estresantes relacionadas con las emociones negativas asociadas a la enfermedad es la principal variable que predice el dolor. Por último, la ansiedad predice la salud mental y el nivel de optimismo lo hace para la escala física.

En el grupo de mujeres (Tabla 42), los modelos de regresión utilizados para predecir los subcomponentes de la calidad de vida y las escalas física y mental reflejan que el nivel de depresión predice la salud general, la estrategia de redefinición de la situación es la principal variable predictora de la función física, el número total de eventos lo es para el rol físico, la racionalidad predice el rol emocional. Además, el nivel de estrés es el principal factor predictor del dolor. Las emociones negativas asociadas a la enfermedad predicen la vitalidad y la escala mental. Por último, las situaciones estresantes relacionadas con el área funcional de la enfermedad predicen el funcionamiento a nivel de la escala física. No se obtuvieron modelos de regresión significativos para las áreas de evaluación de la salud y la función social.

Al comparar los modelos de regresión en función del sexo, destacan diferencias en relación a la predicción de componentes como las escalas globales mental y física. Mientras en el grupo de hombres el apoyo social es la principal variable predictora de la escala física, en el grupo de mujeres es la distracción cognitiva. Además, respecto a la escala mental, en el grupo de hombres, la ansiedad es una de las principales variables predictoras mientras que en el grupo de mujeres es la necesidad de armonía.

| Variable dependiente  | Variable predictora  | Coefficientes estandarizados $\beta$            | R cuadrado corregida | T                               | Sig.                             |                |
|---|--|---|----------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------|
| Salud General   | 1º Modelo:<br>Depresión  | -0,60   | 0,34                 | -4,57                           | 0,000                            |                |
|   | 2º Modelo:<br>Depresión<br>Optimismo   | -0,37<br>0,35                                   | 0,40                 | -2,29<br>-2,20                  | 0,028<br>0,034                   |                |
| Evaluación de la salud  | 1º Modelo:<br>Apoyo social   | -0,56   | 0,29                 | -4,12                           | 0,000                            |                |
|   | 2º Modelo:<br>Apoyo social<br>Racionalidad   | -0,54<br>0,37                                   | 0,42                 | -4,37<br>2,99                   | 0,000<br>0,005                   |                |
| Función física  | Depresión  | -0,48   | 0,21                 | -3,34                           | 0,002                            |                |
| Rol físico  | Catarsis   | -0,37   | 0,11                 | -2,47                           | 0,018                            |                |
| Rol emocional   | 1º Modelo:<br>Relajación   | -0,54   | 0,28                 | -3,97                           | 0,000                            |                |
|   | 2º Modelo:<br>Relajación<br>Evitación  | -0,57<br>-0,42                                  | 0,44                 | -4,73<br>-3,49                  | 0,000<br>0,001                   |                |
|   | 3º Modelo:<br>Relajación<br>Evitación<br>Estoicismo  | -0,24<br>-0,53<br>-0,41                         | 0,28                 | -2,05<br>-4,54<br>-3,61         | 0,048<br>0,000<br>0,001          |                |
|   | 1º Modelo:<br>Estoicismo   | -0,59   | 0,33                 | -4,45                           | 0,000                            |                |
| Función social  | 2º Modelo:<br>Estoicismo<br>Total de situaciones estresantes                                   | -0,48<br>-0,34                                  | 0,42                 | -3,79<br>-2,68                  | 0,001<br>0,011                   |                |
|   | 3º Modelo:<br>Estoicismo<br>Total de situaciones estresantes<br>Eventos familiares             | -0,46<br>-0,39<br>0,30                          | 0,51                 | -3,94<br>-3,25<br>2,68          | 0,000<br>0,003<br>0,011          |                |
|   | 4º Modelo:<br>Estoicismo<br>Total de situaciones estresantes<br>Eventos familiares<br>Ansiedad | -0,42<br>-0,29<br>0,32<br>-0,26                 | 0,56                 | -3,67<br>-2,48<br>2,96<br>-2,23 | 0,001<br>0,018<br>0,005<br>0,032 |                |
|   | Dolor  | Emociones negativas                             | -0,38                | 0,12                            | -2,53                            | 0,016          |
|   | Vitalidad  | 1º Modelo:<br>Depresión                         | -0,43                | 0,16                            | -2,90                            | 0,006          |
|   |  | 2º Modelo:<br>Depresión<br>Necesidad de armonía | -0,44<br>0,29        | 0,30                            | -3,12<br>2,08                    | 0,003<br>0,045 |
| 3º Modelo:<br>Depresión<br>Necesidad de armonía<br>Búsqueda de apoyo emocional                          |  | -0,51<br>0,32<br>0,30                           | 0,23                 | -3,67<br>2,38<br>2,15           | 0,001<br>0,023<br>0,038          |                |
| 4º Modelo:<br>Depresión<br>Necesidad de armonía<br>Búsqueda de apoyo emocional<br>Distracción cognitiva |  | -0,46<br>0,30<br>0,37<br>-0,32                  | 0,38                 | -3,56<br>2,34<br>2,78<br>-2,43  | 0,001<br>0,025<br>0,009<br>0,020 |                |

Tabla 41. Modelos de regresión por pasos sucesivos para predecir los sucomponentes de la calidad de vida y las escalas física y mental en hombres.

| Variable dependiente | Variable predictora  | Coefficientes estandarizados $\beta$ | R cuadrado corregida | T     | Sig.  |
|----------------------|--|--------------------------------------|----------------------|-------|-------|
| Salud mental         | 1° Modelo:<br>Ansiedad                                       | -0,60                                | 0,34                 | -4,62 | 0,000 |
|                      | 2° Modelo:<br>Ansiedad<br>Distracción cognitiva              | -0,55                                | 0,46                 | -4,66 | 0,000 |
|                      |  | -0,35                                |                      | -2,99 | 0,005 |
|                      | 3° Modelo:<br>Ansiedad<br>Distracción cognitiva<br>Optimismo | -0,39                                | 0,34                 | -3,10 | 0,004 |
|                      |  | -0,42                                |                      | -3,72 | 0,001 |
|                      |  | 0,32                                 |                      | -2,55 | 0,015 |
| Escala física        | Optimismo  | 0,44                                 | 0,17                 | -3,01 | 0,005 |
| Escala mental        | 1° Modelo:<br>Depresión                                      | -0,65                                | 0,40                 | -5,22 | 0,000 |
|                      | 2° Modelo:<br>Depresión<br>Distracción cognitiva             | -0,60                                | 0,46                 | -5,00 | 0,000 |
|                      |  | -0,27                                |                      | -2,24 | 0,031 |
|                      | 3° Modelo:<br>Depresión<br>Distracción cognitiva<br>Ansiedad | -0,45                                | 0,40                 | -3,31 | 0,002 |
|                      |  | -0,26                                |                      | -2,26 | 0,030 |
|                      |  | -0,28                                |                      | -2,09 | 0,043 |

Tabla 41. Modelos de regresión por pasos sucesivos para predecir los sucomponentes de la calidad de vida y las escalas física y mental en hombres (continuación)

| Variable dependiente   | Variable predictora  | Coefficientes estandarizados $\beta$ | R cuadrado corregida | T     | Sig.  |
|------------------------|--|--------------------------------------|----------------------|-------|-------|
| Salud General          | 1º Modelo:<br>Depresión  | -0,49                                | 0,21                 | -3,00 | 0,005 |
|                        | 2º Modelo:<br>Depresión  | -0,52                                | 0,31                 | -3,37 | 0,002 |
|                        | Diagnóstico de cáncer  | -0,34                                |                      | -2,22 | 0,035 |
| Evaluación de la salud | -  | -                                    | -                    | -     | -     |
| Función física         | Redefinición de la situación   | 0,41                                 | 0,14                 | 2,39  | 0,024 |
| Rol físico             | 1º Modelo:<br>Eventos  | 0,37                                 | 0,11                 | 2,16  | 0,039 |
|                        | 2º Modelo:<br>Eventos  | 0,40                                 | 0,22                 | 2,45  | 0,021 |
|                        | Estoicismo   | -0,36                                |                      | -2,24 | 0,033 |
| Rol emocional          | 1º Modelo:<br>Racionalidad   | -0,63                                | 0,38                 | -4,36 | 0,000 |
|                        | 2º Modelo:<br>Racionalidad   | -0,54                                | 0,49                 | -4,00 | 0,000 |
|                        | Estoicismo   | -0,35                                |                      | -2,61 | 0,014 |
| Función social         | -  | -                                    | -                    | -     | -     |
| Dolor                  | Nivel de estrés  | -0,39                                | 0,12                 | 4,47  | 0,000 |
| Vitalidad              | 1º Modelo:<br>Emociones negativas  | -0,60                                | 0,34                 | -4,05 | 0,000 |
|                        | 2º Modelo:<br>Emociones negativas  | -0,62                                | 0,49                 | -4,71 | 0,000 |
|                        | Ansiedad   | 0,40                                 |                      | 3,04  | 0,005 |
| Salud mental           | 1º Modelo:<br>Emociones negativas  | -0,48                                | 0,20                 | -2,90 | 0,007 |
|                        | 2º Modelo:<br>Emociones negativas  | -0,47                                | 0,34                 | -3,13 | 0,004 |
|                        | Necesidad de armonía   | 0,39                                 |                      | 2,65  | 0,013 |
| Escala física          | 1º Modelo:<br>Situaciones estresantes relacionadas con el área funcional | -0,44                                | 0,17                 | -2,66 | 0,013 |
|                        | 2º Modelo:<br>Situaciones estresantes relacionadas con el área funcional | -0,49                                | 0,25                 | -3,05 | 0,005 |
|                        | Redefinición de la situación   | 0,33                                 |                      | 2,05  | 0,049 |
|                        | 3º Modelo:<br>Situaciones estresantes relacionadas con el área funcional | -0,47                                | 0,39                 | -3,23 | 0,003 |
|                        | Redefinición de la situación   | 0,44                                 |                      | 2,91  | 0,007 |
|                        | Acción directa   | -0,40                                |                      | -2,69 | 0,012 |
|                        | 4º Modelo:<br>Situaciones estresantes relacionadas con el área funcional | -0,26                                | 0,47                 | -1,62 | 0,117 |
|                        | Redefinición de la situación   | 0,44                                 |                      | 3,18  | 0,004 |
|                        | Acción directa   | -0,47                                |                      | -3,30 | 0,003 |
|                        | Temor por el pronóstico  | -0,36                                |                      | -2,19 | 0,038 |
| Escala mental          | Emociones negativas  | -0,50                                | 0,23                 | -3,11 | 0,004 |

Tabla 42. Modelos de regresión por pasos sucesivos para predecir los sucomponentes de la calidad de vida y las escalas física y mental en mujeres.

### 3.4. Relación entre las variables psicosociales y el estado de ánimo

En las tablas siguientes (43 a 46) aparecen reflejadas las principales correlaciones entre la ansiedad y la depresión y el resto de variables psicosociales objeto del estudio.

En la Tabla 43 se reflejan las relaciones entre el optimismo y el apoyo social y el nivel de ansiedad y depresión. En relación al nivel de optimismo, se obtienen correlaciones negativas significativas tanto para ansiedad como para depresión, es decir, el optimismo se asocia con una disminución de la ansiedad y de la depresión. Además, se observa que la correlación obtenida entre ansiedad y optimismo refleja diferencias significativas en función del sexo ( $z = 1,101$ ;  $p < 0,05$ ). Respecto al apoyo social, la principal correlación significativa obtenida se obtiene con la depresión, de manera que el menor apoyo social se asocia un mayor nivel de depresión, tanto en la muestra general, como en el grupo de hombres y mujeres.

|                     | Muestra general |           | Hombres  |           | Mujeres  |           |
|---------------------|-----------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
|                     | Ansiedad        | Depresión | Ansiedad | Depresión | Ansiedad | Depresión |
| <b>Optimismo</b>    | -0,415**        | -0,727**  | -0,464** | -0,639**  | -0,301   | -0,780**  |
| <b>Apoyo social</b> | -0,198          | -0,454**  | -0,115   | -0,473**  | -0,209   | -0,373*   |

Tabla 43. Correlaciones obtenidas entre el estado de ánimo, el optimismo y el apoyo social.

Respecto a las situaciones estresantes asociadas a la enfermedad, las tablas que reflejan las correlaciones con el estado anímico pueden consultarse en el Anexo II. Las correlaciones más destacadas son las obtenidas entre las situaciones referidas a las emociones negativas y la ansiedad y la depresión, y las situaciones estresantes referidas al apoyo social y la ansiedad.

En la Tabla 44, se exponen las correlaciones obtenidas entre el estrés o malestar asociado a cada una de las situaciones estresantes y el estado de ánimo tanto en la muestra general, como en el grupo de hombres y mujeres.

Entre las diferencias sexuales encontradas en relación a estas correlaciones, destacan las obtenidas entre el malestar asociado a las situaciones estresantes referidas al apoyo social y la ansiedad ( $z=-2,790$ ;  $p<0,05$ ) y entre el malestar referido a las situaciones estresantes del apoyo social y la depresión ( $z=2,454$ ;  $p<0,01$ ).

| Nivel de estrés  | Muestra general |           | Hombres  |           | Mujeres  |           |
|--|-----------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
|  | Ansiedad        | Depresión | Ansiedad | Depresión | Ansiedad | Depresión |
| <b>Emociones negativas</b>                               | 0,541**         | 0,480**   | 0,519**  | 0,647**   | 0,574*   | 0,366     |
| <b>Situaciones estresantes referidas al apoyo social</b> | 0,174           | 0,409**   | -0,184   | 0,156     | 0,291    | 0,358     |
| <b>Preocupación por el tratamiento</b>                   | 0,327*          | 0,654**   | 0,260    | 0,622**   | 0,191    | 0,517*    |
| <b>Temor por el pronóstico</b>                           | 0,301           | 0,345*    | 0,353    | 0,171     | 0,116    | 0,360     |
| <b>Área funcional</b>                                    | 0,014           | 0,227     | 0,167    | 0,190     | -0,253   | 0,139     |
| <b>Estrés total</b>                                      | 0,395**         | 0,545**   | 0,426*   | 0,539**   | 0,191    | 0,382     |

Tabla 44. Correlaciones obtenidas entre el estado de ánimo y el nivel de estrés referido a las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad

En la tabla siguiente (Tabla 45) aparecen reflejadas las correlaciones obtenidas entre las estrategias de afrontamiento utilizadas y el nivel de ansiedad y depresión. De manera que se obtienen correlaciones significativas entre el estoicismo y la ansiedad y la depresión, la relajación y la ansiedad y la depresión, y por último, entre la redefinición de la situación y la depresión, siendo esta última relación inversa, es decir, a mayor redefinición de la situación estresante, menor nivel de depresión.

| Estrategias de afrontamiento | Muestra general |           | Hombres  |           | Mujeres  |           |
|------------------------------|-----------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
|                              | Ansiedad        | Depresión | Ansiedad | Depresión | Ansiedad | Depresión |
| Ninguna estrategia           | -0,108          | 0,036     | -0,111   | 0,140     | -0,224   | -0,201    |
| Distracción cognitiva        | 0,055           | 0,078     | 0,129    | 0,178     | 0,033    | 0,073     |
| Deseo irracional             | 0,111           | 0,073     | -        | -         | 0,101    | 0,018     |
| Evitación                    | 0,053           | 0,224     | 0,107    | 0,037     | -0,105   | 0,441*    |
| Apoyo emocional              | 0,094           | 0,092     | 0,020    | -0,035    | 0,217    | 0,259     |
| Estoicismo                   | 0,284*          | 0,562**   | 0,275    | 0,577**   | 0,239    | 0,519**   |
| Negación                     | -0,042          | -0,034    | 0,035    | 0,104     | -0,111   | -0,154    |
| Catarsis                     | 0,162           | 0,041     | 0,235    | 0,019     | 0,040    | -0,072    |
| Relajación                   | 0,295*          | 0,364**   | 0,483**  | 0,476**   | 0,008    | 0,250     |
| Acción directa               | -0,087          | -0,070    | -0,191   | -0,018    | -0,130   | -0,267    |
| Redefinición de la situación | 0,140           | -0,252*   | 0,097    | -0,114    | 0,128    | -0,423*   |

Tabla 45. Correlaciones obtenidas entre el estado de ánimo y las estrategias de afrontamiento

Entre las diferencias sexuales obtenidas en estas correlaciones destacan las obtenidas entre la depresión, la no utilización de estrategias ( $z=1,980$ ;  $p<0,025$ ) y la búsqueda de apoyo emocional ( $z=-1,724$ ;  $p<0,05$ ).

Las correlaciones entre el patrón de conducta y el estado de ánimo aparecen expuestas en la Tabla 46, no siendo significativas ninguna de las relaciones establecidas.

|                             | Muestra general |           | Hombres  |           | Mujeres  |           |
|-----------------------------|-----------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
|                             | Ansiedad        | Depresión | Ansiedad | Depresión | Ansiedad | Depresión |
| <b>Racionalidad</b>         | -0,010          | -0,015    | -0,201   | -0,062    | 0,245    | 0,045     |
| <b>Necesidad de armonía</b> | 0,003           | -0,140    | 0,154    | 0,044     | -0,361*  | -0,548**  |

Tabla 46. Correlaciones obtenidas entre el estado de ánimo y el patrón de conducta

Las diferencias sexuales encontradas en estas correlaciones son las obtenidas entre ansiedad y la necesidad de armonía ( $z=3,063$ ;  $p<0,01$ ); y entre la necesidad de armonía y la depresión ( $z=3,788$ ;  $p<0,01$ ). De manera, que la necesidad de armonía se asocia a la disminución de los niveles de ansiedad y depresión en el grupo de mujeres pero no en el de hombres.

### 3.5. Predicción del estado anímico

En la tablas 47 a 49 aparecen reflejados los principales modelos de regresión por pasos sucesivos que mejor predicen el nivel de ansiedad y el nivel de depresión (valorados a partir de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HAD) a partir de todas las variables psicosociales evaluadas en el estudio, excepto las referidas a la Calidad de Vida.

En la muestra general (Tabla 47), el optimismo es la variable predictora principal de la ansiedad y la depresión, siendo también la estrategia de búsqueda de apoyo emocional un segundo predictor significativo de la ansiedad, y la estrategia de estoicismo, medido a través del ISEAC, una segunda variable predictora de la depresión.

En las tablas 48 y 49 se reflejan los modelos de regresión utilizados para predecir los estados anímicos a partir de las variables psicosociales estudiadas en el grupo de hombres y mujeres. En el grupo de hombres, la relajación es la principal variable predictora de la ansiedad seguida del nivel de estrés mientras que en el caso de la depresión, sorprende la variedad de modelos para

predecirla, siendo el optimismo la principal variable predictora seguida de las estrategias de estoicismo y distracción cognitiva.

En el grupo de mujeres (Tabla 49), la estrategia de búsqueda de apoyo emocional es la principal variable predictora del nivel de ansiedad, mientras que el optimismo y la necesidad de armonía son las variables que más predicen el nivel de depresión.

| Estado anímico<br>(variables dependientes) | Variables<br>psicosociales<br>(predictoras) | Coefficientes<br>estandarizados<br>$\beta$ | R cuadrado corregida | T     | Sig.  |
|--|---|--|----------------------|-------|-------|
| <b>Ansiedad</b>                            | <u>1º Modelo:</u><br>Optimismo              | -0,41                                      | 0,16                 | 3,73  | 0,000 |
|  | <u>2º Modelo:</u><br>Optimismo              | -0,40                                      | 0,20                 | 3,72  | 0,000 |
|  | Búsqueda de apoyo<br>emocional              | 0,24                                       |                      | 2,25  | 0,027 |
| <b>Depresión</b>                           | <u>1º Modelo:</u><br>Optimismo              | -0,72                                      | 0,52                 | 8,65  | 0,000 |
|  | <u>2º Modelo:</u><br>Optimismo              | -0,60                                      | 0,61                 | 7,46  | 0,000 |
|  | Estoicismo                                  | 0,34                                       |                      | 4,24  | 0,000 |
|  | <u>3º Modelo:</u><br>Optimismo              | -0,62                                      | 0,66                 | 8,24  | 0,000 |
|  | Estoicismo                                  | 0,37                                       |                      | 4,95  | 0,000 |
|  | Distracción cognitiva                       | 0,23                                       |                      | 3,27  | 0,002 |
|  | <u>4º Modelo:</u><br>Optimismo              | -0,60                                      | 0,68                 | 8,12  | 0,000 |
|  | Estoicismo                                  | 0,38                                       |                      | 5,16  | 0,000 |
|  | Distracción cognitiva                       | 0,20                                       |                      | 2,88  | 0,005 |
|  | Redefinición de la<br>situación             | -0,15                                      |                      | -2,27 | 0,026 |
|  | <u>5º Modelo:</u><br>Optimismo              | -0,59                                      | 0,52                 | 8,27  | 0,000 |
|  | Estoicismo                                  | 0,35                                       |                      | 4,91  | 0,000 |
|  | Distracción cognitiva                       | 0,18                                       |                      | 2,60  | 0,012 |
|  | Redefinición de la<br>situación             | -0,18                                      |                      | -2,64 | 0,010 |
|  | Situación estresante<br>del área funcional  | 0,15                                       |                      | 2,20  | 0,031 |

Tabla 47. Modelos de regresión por pasos sucesivos para predecir la afectividad (Ansiedad/Depresión) a partir de las variables psicosociales evaluadas

| Estado anímico (variables dependientes) | Variables psicosociales (predictoras) | Coefficientes Estandarizados $\beta$ | R cuadrado corregida | T     | Sig.  |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|-------|-------|
| Ansiedad                                | 1º Modelo:<br>Relajación              | 0,48                                 | 0,21                 | 3,35  | 0,002 |
|   | 2º Modelo:<br>Relajación              | 0,43                                 | 0,30                 | 3,18  | 0,003 |
|   | Nivel de estrés                       | 0,33                                 |                      | 2,45  | 0,001 |
| Depresión                               | 1º Modelo:<br>Optimismo               | -0,63                                | 0,39                 | 5,04  | 0,000 |
|   | 2º Modelo:<br>Optimismo               | -0,56                                | 0,62                 | 5,57  | 0,000 |
|   | Estoicismo                            | 0,49                                 |                      | 4,85  | 0,000 |
|   | 3º Modelo:<br>Optimismo               | -0,60                                | 0,39                 | 6,44  | 0,000 |
|   | Estoicismo                            | 0,48                                 |                      | 5,18  | 0,000 |
|   | Distracción cognitiva                 | 0,26                                 |                      | 2,81  | 0,008 |
|   | 4º Modelo:<br>Optimismo               | -0,66                                | 0,75                 | 7,78  | 0,000 |
|   | Estoicismo                            | 0,48                                 |                      | 5,85  | 0,000 |
|   | Distracción cognitiva                 | 0,26                                 |                      | 3,27  | 0,002 |
|   | Redefinición de la situación          | -0,26                                |                      | -3,24 | 0,003 |
|   | 5º Modelo:<br>Optimismo               | -0,68                                | 0,77                 | 8,40  | 0,000 |
|   | Estoicismo                            | 0,50                                 |                      | 6,40  | 0,000 |
|   | Distracción cognitiva                 | 0,31                                 |                      | 3,87  | 0,000 |
|   | Redefinición de la situación          | -0,25                                |                      | -3,25 | 0,003 |
|   | Temor por el pronóstico               | -0,17                                |                      | -2,12 | 0,042 |
|   | 6º Modelo:<br>Optimismo               | -0,67                                | 0,80                 | 8,94  | 0,000 |
|   | Estoicismo                            | 0,54                                 |                      | 7,35  | 0,000 |
|   | Distracción cognitiva                 | 0,32                                 |                      | 4,28  | 0,000 |
|   | Redefinición de la situación          | -0,22                                |                      | -2,99 | 0,005 |
|   | Temor por el pronóstico               | -0,21                                |                      | -2,75 | 0,010 |
|   | Diagnóstico de cáncer                 | 0,19                                 |                      | 2,62  | 0,013 |
|   | 7º Modelo:<br>Optimismo               | -0,62                                | 0,84                 | 8,78  | 0,000 |
|   | Estoicismo                            | 0,64                                 |                      | 8,39  | 0,000 |
|   | Distracción cognitiva                 | 0,29                                 |                      | 4,22  | 0,000 |
| Redefinición de la situación            | -0,24                                 | -3,54                                |                      | 0,001 |       |
| Temor por el pronóstico                 | -0,23                                 | -3,24                                |                      | 0,003 |       |
| Diagnóstico de cáncer                   | 0,19                                  | 2,81                                 |                      | 0,008 |       |
| Racionalidad                            | -0,20                                 | -2,70                                |                      | 0,011 |       |
| 8º Modelo:<br>Optimismo                 | -0,56                                 | 0,86                                 | 7,87                 | 0,000 |       |
| Estoicismo                              | 0,60                                  |                                      | 8,32                 | 0,000 |       |
| Distracción cognitiva                   | 0,19                                  |                                      | 2,57                 | 0,015 |       |
| Redefinición de la situación            | -0,24                                 |                                      | -3,93                | 0,000 |       |
| Temor por el pronóstico                 | -0,39                                 |                                      | -4,26                | 0,000 |       |
| Diagnóstico de cáncer                   | 0,21                                  |                                      | 3,35                 | 0,002 |       |
| Racionalidad                            | -0,20                                 |                                      | -2,85                | 0,008 |       |
| Nivel de estrés                         | 0,28                                  |                                      | 2,51                 | 0,018 |       |

Tabla 48. Modelos de regresión por pasos sucesivos para predecir la afectividad (Ansiedad/Depresión) a partir de las variables estudiadas en hombres

| Estado anímico<br>(variables dependientes) | VARIABLES PSICOSOCIALES<br>(predictoras)  | Coefficientes<br>estandarizados<br>$\beta$ | R<br>cuadrado<br>corregida | T     | Sig.  |
|--|---|--|----------------------------|-------|-------|
| <b>Ansiedad</b>                            | Estrategia de búsqueda de apoyo emocional | 0,39                                       | 0,12                       | 2,26  | 0,032 |
| <b>Depresión</b>                           | <u>1º Modelo:</u><br>Optimismo            | -0,78                                      | 0,59                       | 6,60  | 0,000 |
|  | <u>2º Modelo:</u><br>Optimismo            | -0,67                                      | 0,69                       | 6,22  | 0,000 |
|  | Necesidad de armonía                      | -0,33                                      |                            | -3,12 | 0,004 |

Tabla 49. Modelo de regresión por el método de pasos sucesivos para predecir la ansiedad y la depresión a partir de las variables estudiadas en mujeres

### 3.6. Relación entre variables psicosociales y biológicas asociadas a la enfermedad

En las tablas 50 a 58 se reflejan las correlaciones entre las variables psicosociales y las variables biológicas, como son el estadio de la enfermedad, el marcador tumoral  $\alpha$ 2-microglobulina, las subpoblaciones leucocitarias y el nivel de cortisol en sangre. Como puede verse en la Tabla 50, en la muestra general la ansiedad correlaciona significativamente con las subpoblaciones leucocitarias, especialmente el número de linfocitos, leucocitos y basófilos. A más ansiedad corresponde un peor funcionamiento inmunológico.

|              | Estadio | $\beta$ 2-microglobulina | Leucoc. | Neutrófilos | Linfocitos | Monocitos | Basófilos | Eosinófilos | Cortisol |
|--------------|---------|--------------------------|---------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------|
| Optimismo    | -0,074  | 0,016                    | 0,121   | 0,091       | 0,092      | 0,101     | 0,163     | 0,048       | 0,249    |
| Ansiedad     | -0,064  | -0,030                   | -0,291* | -0,223      | -0,242*    | -0,181    | -0,245*   | -0,146      | -0,234   |
| Depresión    | 0,083   | 0,174                    | -0,208  | -0,200      | -0,134     | -0,105    | -0,152    | -0,130      | -0,123   |
| Apoyo Social | -0,227  | -0,026                   | -0,033  | -0,086      | -0,011     | 0,120     | -0,002    | 0,099       | 0,133    |

Tabla 50. Correlaciones entre optimismo, estado de ánimo y nivel de apoyo social con el estadio de la enfermedad, el marcador  $\beta$ 2-microglobulina, las subpoblaciones leucocitarias y el nivel de cortisol.

En el grupo de hombres (Tabla 51), además de la ansiedad, la depresión y el nivel de apoyo social correlacionan con las subpoblaciones leucocitarias, especialmente con los leucocitos, los monocitos, los basófilos y los eosinófilos; a mayor nivel de apoyo social se asocia a un estadio menor de la enfermedad y a un mayor número de monocitos. A mayor depresión se obtienen menores niveles de leucocitos y basófilos.

|              | Estadio | $\beta$ 2-microglobulina | Leucoc.  | Neutrófilos | Linfocitos | Monocitos | Basófilos | Eosinófilos | Cortisol |
|--------------|---------|--------------------------|----------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------|
| Optimismo    | -0,123  | 0,116                    | 0,222    | 0,149       | 0,178      | 0,208     | 0,302     | 0,217       | 0,156    |
| Ansiedad     | -0,006  | -0,043                   | -0,438** | -0,354*     | -0,337*    | -0,314    | -0,380*   | -0,300      | -0,249   |
| Depresión    | 0,225   | 0,246                    | -0,351*  | -0,238      | -0,288     | -0,265    | -0,398*   | -0,330*     | -0,053   |
| Apoyo Social | -0,324* | -0,003                   | 0,073    | -0,047      | 0,085      | 0,362*    | 0,219     | 0,252       | 0,244    |

Tabla 51. Correlaciones entre optimismo, estado de ánimo y nivel de apoyo social con el estadio de la enfermedad, el marcador  $\beta$ 2-microglobulina, las subpoblaciones leucocitarias y el nivel de cortisol en hombres.

A diferencia de los hombres, en el grupo de mujeres, únicamente correlaciona de forma significativa el nivel de apoyo social con el número de linfocitos. Es destacable el hecho de que las relaciones obtenidas entre el apoyo social y las variables inmunológicas en el grupo de mujeres son negativas, asociándose de esta manera el mayor apoyo social con un empobrecimiento inmune.

|              | Estadio | $\beta$ 2-microglobulina | Leucoc. | Neutrófilos | Linfocitos | Monocitos | Basófilos | Eosinófilos | Cortisol |
|--------------|---------|--------------------------|---------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------|
| Optimismo    | -0,064  | -0,345                   | -0,111  | -0,049      | -0,156     | -0,082    | -0,009    | -0,267      | 0,384    |
| Ansiedad     | -0,091  | 0,047                    | 0,037   | 0,036       | 0,005      | 0,052     | -0,062    | 0,177       | -0,158   |
| Depresión    | 0,015   | 0,191                    | 0,060   | -0,090      | 0,218      | 0,142     | 0,102     | 0,204       | -0,188   |
| Apoyo Social | -0,162  | -0,178                   | -0,345  | -0,236      | -0,385*    | -0,247    | -0,309    | -0,238      | -0,135   |

Tabla 52. Correlaciones entre el optimismo, el estado de ánimo y el nivel de apoyo social con el estadio de la enfermedad, el marcador  $\beta$ 2-microglobulina y las subpoblaciones leucocitarias en mujeres.

Las correlaciones que reflejan diferencias sexuales significativas son las que se obtienen entre el apoyo social y el nivel de leucocitos ( $z=-1.646$ ;  $p<0,05$ ) y de cortisol ( $z=-2.210$ ;  $p<0,01$ ), la ansiedad y el nivel de linfocitos ( $z = -2,043$ ;  $p<0,025$ ) y el nivel de basófilos ( $z = -1,941$ ;  $p<0,025$ ).

En relación al patrón de conducta Tipo C, no se obtienen correlaciones significativas en la muestra general. Sólo en el grupo de mujeres la necesidad de armonía correlaciona negativamente con el número de monocitos ( $r=-0,408$ ;  $p<0,025$ ).

Respecto al nivel de estrés asociado a estas situaciones, el experimentado en relación a las emociones negativas correlaciona positivamente con el estadio de la enfermedad, y el malestar asociado a la preocupación por el tratamiento aparece vinculado a la reducción del nivel de leucocitos y el temor por el pronóstico se asocia negativamente al número de neutrófilos y eosinófilos (Tabla 53).

| Nivel de estrés                 | Estadio | B2-microglobulina | Leucocitos | Neutrófilos | Linfocitos | Monocitos | Basófilos | Eosinófilos | Cortisol |
|---------------------------------|---------|-------------------|------------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------|
| Emociones Negativas             | 0,377*  | 0,163             | -0,221     | -0,095      | -0,228     | -0,193    | -0,283    | -0,055      | -0,264   |
| Apoyo Social                    | 0,165   | 0,097             | -0,020     | -0,153      | 0,066      | 0,022     | 0,004     | -0,131      | 0,007    |
| Preocupación por el tratamiento | 0,112   | 0,317             | -0,257*    | -0,225      | -0,188     | -0,266    | -0,220    | -0,283      | -0,082   |
| Temor por el pronóstico         | 0,151   | 0,097             | -0,367     | -0,438**    | -0,219     | -0,276    | -0,286    | -0,323*     | -0,100   |
| Área Funcional                  | 0,020   | 0,217             | -0,136     | -0,120      | -0,110     | -0,042    | -0,102    | -0,021      | 0,240    |
| Estrés total                    | 0,298   | 0,241             | -0,294     | -0,275      | -0,220     | -0,152    | -0,280    | -0,229      | -0,131   |

Tabla 53. Correlaciones entre el nivel de estrés de las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el estrés experimentado y el estadio, el marcador  $\beta$ 2-microglobulina y las subpoblaciones leucocitarias

Respecto al nivel de estrés asociado a cada una de estas situaciones (Tabla 54), el experimentado en las emociones negativas se asocia positivamente al estadio mientras que el malestar asociado a la preocupación por el tratamiento refleja un aumento del marcador  $\beta$ 2-microglobulina. Por último, el temor por el pronóstico se asocia a una disminución del nivel de neutrófilos y estadio se asocia a una mayor percepción de estrés.

| Nivel de estrés                        | Estadío | B2micr. | Leucoc. | Neutrófilos | Linfocitos | Monocitos | Basófilos | Eosinófilos | Cortisol |
|--|---------|---------|---------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------|
| <b>Emociones Negativas</b>             | 0,523** | 0,152   | -0,280  | -0,142      | -0,271     | -0,238    | -0,326    | -0,077      | -0,240   |
| <b>Apoyo Social</b>                    | 0,339   | 0,131   | 0,104   | -0,105      | 0,174      | 0,141     | 0,252     | -0,032      | -0,022   |
| <b>Preocupación por el tratamiento</b> | 0,202   | 0,596** | -0,312  | -0,278      | -0,259     | -0,217    | -0,134    | -0,180      | -0,196   |
| <b>Temor por el pronóstico</b>         | 0,324   | 0,165   | -0,379  | -0,463*     | -0,267     | -0,064    | -0,302    | -0,250      | -0,281   |
| <b>Área Funcional</b>                  | 0,201   | 0,339   | -0,055  | -0,012      | -0,071     | 0,080     | -0,036    | 0,208       | 0,133    |
| <b>Estrés total</b>                    | 0,511*  | 0,350   | -0,347  | -0,356      | -0,268     | -0,130    | -0,260    | -0,154      | -0,243   |

Tabla 54. Correlaciones entre el nivel de estrés de las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el estrés experimentado y el estadío, el marcador  $\beta$ 2-microglobulina y las subpoblaciones leucocitarias en hombres

En relación al nivel de estrés asociado a estas situaciones (Tabla 55) en el grupo de mujeres, el malestar relacionado con la preocupación por el tratamiento y con el temor por el pronóstico se asocian respectivamente con un aumento del nivel de basófilos y eosinófilos.

| Nivel de estrés                        | Estadio | B2microgl. | Leucocitos | Neutrófilos | Linfocitos | Monocitos | Basófilos | Eosinófilos | Cortisol |
|--|---------|------------|------------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------|
| <b>Emociones Negativas</b>             | -0,089  | 0,043      | 0,176      | 0,140       | 0,171      | 0,059     | 0,288     | 0,146       | 0,034    |
| <b>Apoyo Social</b>                    | 0,003   | 0,024      | -0,228     | -0,264      | -0,171     | 0,010     | -0,232    | 0,118       | 0,246    |
| <b>Preocupación por el tratamiento</b> | 0,061   | -0,090     | 0,289      | 0,323       | 0,123      | 0,248     | 0,372*    | 0,318       | -0,289   |
| <b>Temor por el pronóstico</b>         | 0,005   | -0,068     | 0,136      | 0,086       | 0,101      | 0,352     | -0,210    | 0,380*      | -0,056   |
| <b>Área Funcional</b>                  | -0,006  | -0,063     | 0,046      | -0,011      | 0,082      | 0,140     | -0,136    | 0,259       | 0,346    |
| <b>Estrés total</b>                    | 0,077   | 0,320      | -0,134     | -0,181      | -0,044     | -0,011    | -0,025    | -0,204      | 0,348    |

Tabla 55. Correlaciones entre el nivel de estrés de las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el estrés experimentado y el estadio, el marcador  $\beta$ 2-microglobulina y las subpoblaciones leucocitarias en mujeres

Para evitar la confusión en la lectura de los resultados, se ha optado por adjuntar las tablas referidas al número de situaciones estresantes y las variables biológicas en el Anexo II. En éstas, destacan las correlaciones entre las situaciones estresantes relacionadas con el apoyo social y el marcador tumoral y número de neutrófilos. De esta forma, las situaciones estresantes referidas al apoyo social se asocian a un mayor nivel de marcador tumoral y a una disminución del nivel de neutrófilos.

En el grupo de hombres, en relación a las situaciones estresantes asociadas a la enfermedad, el estadio de la enfermedad correlaciona tanto con la situación de temor por el pronóstico como con el total de las situaciones estresantes, siendo estas relaciones positivas, es decir, a menor estadio, menor número de situaciones estresantes y menor temor.

En el grupo de mujeres, el número de situaciones estresantes de preocupación por el tratamiento correlaciona positiva y significativamente con el nivel de basófilos y la del temor por el pronóstico, también positivamente, con el nivel de eosinófilos (Anexo II).

Respecto a las correlaciones obtenidas entre las estrategias de afrontamiento y las variables biológicas relacionadas con la enfermedad (Tablas 56 a 58), el estadio de la enfermedad es la variable que principalmente correlaciona de forma significativa, en especial con la distracción cognitiva y con la catarsis.

| Estrategias de afrontamiento | Estadio | B2-microgl. | Leucocitos | Neutrófilos | Linfocitos | Monocitos | Basófilos | Eosinófilos | Cortisol |
|------------------------------|---------|-------------|------------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------|
| Ninguna                      | 0,130   | 0,013       | -0,017     | 0,083       | -0,070     | -0,150    | -0,014    | -0,072      | 0,086    |
| Distracción Cognitiva        | 0,280*  | 0,192       | 0,063      | 0,145       | -0,017     | 0,063     | 0,025     | 0,039       | 0,239    |
| Deseo Irracional             | 0,060   | -0,043      | -0,029     | -0,072      | 0,012      | -0,016    | -0,039    | 0,109       | -0,071   |
| Evitación                    | 0,083   | -0,113      | -0,005     | 0,058       | -0,049     | 0,035     | -0,074    | -0,027      | -0,173   |
| Búsqueda de Apoyo emocional  | -0,017  | 0,122       | 0,051      | 0,209       | -0,107     | 0,186     | -0,067    | 0,113       | 0,058    |
| Estoicismo                   | 0,026   | 0,221       | -0,113     | -0,119      | -0,073     | 0,005     | -0,124    | -0,024      | -0,159   |
| Negación                     | 0,152   | -0,039      | -0,050     | -0,086      | -0,005     | -0,079    | -0,013    | 0,137       | 0,045    |
| Catarsis                     | -0,278* | -0,121      | -0,211     | -0,207      | -0,143     | -0,135    | -0,204    | -0,120      | -0,102   |
| Relajación                   | 0,065   | -0,084      | -0,018     | -0,080      | 0,045      | -0,085    | 0,167     | -0,060      | -0,200   |
| Acción Directa               | -0,005  | -0,085      | -0,040     | 0,051       | -0,076     | -0,132    | 0,011     | -0,127      | -0,027   |
| Redefinición                 | -0,149  | -0,093      | -0,068     | -0,045      | -0,065     | -0,011    | -0,045    | 0,021       | 0,143    |

Tabla 56. Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento, el estadio de la enfermedad, el marcador  $\beta_2$ -microglobulina y las subpoblaciones leucocitarias.

En hombres (Tabla 57), el estoicismo correlaciona significativamente con el marcador tumoral y la catarsis lo hace con el número de neutrófilos. En mujeres (Tabla 58), la distracción cognitiva

correlaciona positivamente con el estadio, la búsqueda de apoyo emocional con el número de monocitos y la relajación con el de basófilos.

| Estrategias de afrontamiento | Estadio | B2-microgl. | Leucocitos | Neutrófilos | Linfocitos | Monocitos | Basófilos | Eosinófilos | Cortisol |
|------------------------------|---------|-------------|------------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------|
| Ninguna                      | 0,201   | 0,030       | -0,023     | 0,092       | -0,072     | -0,211    | -0,080    | -0,066      | 0,176    |
| Distracción Cognitiva        | 0,147   | 0,213       | 0,021      | 0,120       | -0,046     | 0,045     | 0,032     | 0,035       | 0,227    |
| Evitación                    | 0,283   | -0,106      | -0,006     | 0,089       | -0,059     | 0,020     | -0,089    | -0,069      | -0,201   |
| Búsqueda de Apoyo Emocional  | 0,036   | 0,097       | 0,071      | 0,297       | -0,101     | 0,046     | -0,125    | 0,193       | 0,143    |
| Estoicismo                   | 0,289   | 0,353*      | -0,232     | -0,156      | -0,192     | -0,201    | -0,253    | -0,207      | -0,135   |
| Negación                     | 0,094   | -0,073      | -0,052     | -0,052      | -0,038     | -0,075    | -0,004    | 0,210       | 0,032    |
| Catarsis                     | -0,232  | -0,082      | -0,261     | -0,317*     | -0,162     | 0,008     | -0,112    | 0,062       | -0,087   |
| Relajación                   | 0,070   | -0,088      | -0,104     | -0,161      | -0,018     | -0,175    | -0,136    | -0,182      | -0,236   |
| Acción Directa               | 0,300   | -0,084      | 0,089      | 0,293       | -0,053     | -0,018    | -0,140    | -0,123      | 0,076    |
| Redefinición                 | 0,160   | -0,057      | -0,097     | -0,149      | -0,045     | 0,062     | 0,017     | 0,089       | 0,127    |

Tabla 57. Principales correlaciones entre las estrategias de afrontamiento, el estadio de la enfermedad, el marcador  $\beta$ 2-microglobulina y las subpoblaciones leucocitarias en hombres.

| Estrategias de afrontamiento | Estadio | B2-microgl. | Leucocitos | Neutrófilos | Linfocitos | Monocitos | Basófilos | Eosinófilos | Cortisol |
|------------------------------|---------|-------------|------------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------|
| Ninguna                      | 0,072   | -0,019      | 0,077      | 0,145       | -0,027     | 0,002     | 0,113     | -0,006      | 0,064    |
| Distracción Cognitiva        | 0,451*  | 0,148       | 0,101      | 0,143       | 0,038      | 0,026     | -0,015    | -0,013      | 0,226    |
| Deseo Irracional             | 0,118   | -0,124      | -0,002     | -0,075      | 0,073      | 0,036     | -0,029    | 0,251       | -0,082   |
| Evitación                    | -0,221  | -0,154      | 0,055      | 0,046       | 0,025      | 0,122     | -0,030    | 0,121       | -0,031   |
| Búsqueda de Apoyo Emocional  | -0,095  | 0,269       | 0,000      | 0,055       | -0,161     | 0,362*    | 0,000     | -0,037      | -0,126   |
| Estoicismo                   | -0,179  | 0,077       | 0,093      | -0,037      | 0,197      | 0,239     | 0,009     | 0,249       | -0,158   |
| Negación                     | 0,258   | 0,126       | -0,132     | -0,257      | 0,111      | -0,192    | -0,072    | -0,127      | ,        |
| Catarsis                     | -0,309  | -0,303      | -0,167     | -0,109      | -0,191     | -0,141    | -0,239    | -0,209      | -0,086   |
| Relajación                   | 0,073   | -0,082      | 0,201      | 0,087       | 0,299      | 0,056     | 0,585**   | 0,193       | -0,087   |
| Acción Directa               | -0,240  | -0,111      | -0,134     | -0,128      | -0,109     | -0,139    | 0,187     | -0,058      | -0,111   |
| Redefinición                 | -0,337  | -0,243      | -0,015     | 0,066       | -0,118     | -0,005    | -0,061    | 0,018       | 0,239    |

Tabla 58. Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento, el estadio de la enfermedad, el marcador  $\beta$ 2-microglobulina y las subpoblaciones leucocitarias en mujeres.

Las correlaciones que reflejan diferencias significativas en función del sexo son las obtenidas entre la relajación y el nivel de basófilos ( $z=4,635$ ;  $p<0,01$ ), siendo esta correlación significativa y positiva, asociándose la utilización de esta estrategia con una mejora en el nivel de basófilos.

### 3.7. Predicción de las variables biológicas asociadas a la enfermedad

Seguidamente se exponen los análisis de regresión por pasos sucesivos para predecir el nivel de las diferentes variables biológicas en función del resto de variables psicosociales tanto para la muestra general como para el grupo de hombres y mujeres

En la muestra general (Tabla 59), las situaciones estresantes relacionadas con el apoyo social predicen el marcador  $\alpha$ 2-microglobulina y el nivel de neutrófilos, mientras que el nivel de ansiedad es el factor predictor principal del nivel de leucocitos, linfocitos y basófilos. Para el resto de variables biológicas, no se obtuvo ningún modelo de regresión significativo.

En el grupo de hombres (Tabla 60), las situaciones estresantes relacionadas con el apoyo emocional durante la enfermedad fue el principal factor predictor del marcador  $\alpha$ 2-microglobulina, el nivel de ansiedad determina el nivel de leucocitos y de linfocitos. Además, el nivel de ansiedad es predictor de los neutrófilos, mientras que las situaciones estresantes relacionadas con el área funcional determinan el nivel de monocitos. Por último, la depresión es la variable predictora del nivel de basófilos y eosinófilos. Respecto al cortisol no se obtuvo ningún modelo de regresión significativo.

| Variables fisiológicas (variables dependientes) | Variables psicosociales (predictoras)   | Coefficientes Estandarizados $\beta$ | R cuadrado corregida | T     | Sig.  |
|---|---|--------------------------------------|----------------------|-------|-------|
| $\beta$ 2-microglobulina                        | Situaciones estresantes relacionadas con el apoyo social                      | 0,29                                 | 0,74                 | 2,54  | 0,013 |
| Leucocitos                                      | Ansiedad  | -0,29                                | 0,71                 | -2,49 | 0,015 |
| Neutrófilos                                     | <u>1º Modelo:</u><br>Situaciones estresantes relacionadas con el apoyo social | -0,23                                | 0,09                 | -2,01 | 0,048 |
|   | <u>2º Modelo:</u><br>Situaciones estresantes relacionadas con el apoyo social | -0,28                                |                      | -2,41 | 0,019 |
|   | Búsqueda de apoyo emocional   | 0,25                                 |                      | 2,19  | 0,032 |
| Linfocitos                                      | Ansiedad  | -0,24                                | 0,04                 | -2,04 | 0,04  |
| Monocitos                                       | -   | -                                    | -                    | -     | -     |
| Basófilos                                       | <u>1º Modelo:</u><br>Ansiedad   | -0,24                                | 0,09                 | -2,06 | 0,04  |
|   | <u>2º Modelo:</u><br>Ansiedad   | -0,32                                |                      | -2,66 | 0,01  |
|   | Relajación  | 0,26                                 |                      | 2,16  | 0,03  |
| Eosinófilos                                     | -   | -                                    | -                    | -     | -     |
| Cortisol  | -   | -                                    | -                    | -     | -     |

Tabla 59: Modelo de regresión por pasos sucesivos para predecir el nivel de  $\beta$ 2-microglobulina y de leucocitos en función del resto de variables evaluadas

| Variables fisiológicas (variables dependientes) | Variables psicosociales (predictoras)  | Coefficientes Estandarizados $\beta$ | R cuadrado corregida | T     | Sig.  |
|---|--|--------------------------------------|----------------------|-------|-------|
| <b><math>\beta</math>2-microglobulina</b>       | 1° Modelo:<br>Situaciones estresantes relacionadas con el apoyo social   | 0,38                                 | 0,12                 | 2,52  | 0,016 |
|   | 2° Modelo:<br>Situaciones estresantes relacionadas con el apoyo social<br>Estoicismo   | 0,45                                 | 0,20                 | 2,35  | 0,024 |
|   |  | 0,31                                 |                      | 2,11  | 0,041 |
| <b>Leucocitos</b>                               | 1° Modelo:<br>Ansiedad   | -0,43                                | 0,17                 | -2,96 | 0,005 |
|   | 2° Modelo:<br>Ansiedad<br>Muertes significativas   | -0,45                                | 0,26                 | -3,30 | 0,002 |
|   |  | 0,33                                 |                      | 2,43  | 0,020 |
| <b>Neutrófilos</b>                              | 1° Modelo:<br>Ansiedad   | -0,35                                | 0,10                 | -2,30 | 0,027 |
|   | 2° Modelo:<br>Ansiedad<br>Eventos estresantes  | -0,41                                | 0,18                 | -2,77 | 0,009 |
|   |  | 0,32                                 |                      | 2,15  | 0,038 |
|   | 3° Modelo:<br>Ansiedad<br>Eventos estresantes<br>Eventos familiares  | -0,43                                | 0,30                 | -3,15 | 0,003 |
|   |  | 0,70                                 |                      | 3,58  | 0,001 |
|   |  | -0,52                                |                      | -2,72 | 0,010 |
|   | 4° Modelo:<br>Ansiedad<br>Eventos estresantes<br>Eventos familiares<br>Búsqueda de apoyo emocional   | -0,43                                | 0,36                 | -3,27 | 0,002 |
|   |  | 0,66                                 |                      | 3,52  | 0,001 |
|   |  | -0,55                                |                      | -3,00 | 0,005 |
|   |  | 0,27                                 |                      | 2,10  | 0,043 |
|   | 5° Modelo:<br>Ansiedad<br>Eventos estresantes<br>Eventos familiares<br>Búsqueda de apoyo emocional<br>Situaciones estresantes relacionadas con el área funcional | -0,49                                | 0,43                 | -3,87 | 0,000 |
|   |  | 0,70                                 |                      | 3,93  | 0,000 |
|   |  | -0,59                                |                      | -3,38 | 0,002 |
|   |  | 0,33                                 |                      | 2,58  | 0,014 |
|   |  | 0,28                                 |                      | 2,19  | 0,035 |
| <b>Linfocitos</b>                               | Ansiedad   | -0,33                                | 0,08                 | -2,17 | 0,039 |
| <b>Monocitos</b>                                | Situaciones estresantes relacionadas con el área funcional   | -0,33                                | 0,08                 | -2,13 | 0,039 |
| <b>Basófilos</b>                                | Depresión  | -0,39                                | 0,31                 | -2,63 | 0,012 |
| <b>Eosinófilos</b>                              | Depresión  | -0,33                                | 0,08                 | -2,12 | 0,040 |
| <b>Cortisol</b>                                 | -  | -                                    | -                    | -     | -     |

Tabla 60: Modelo de regresión por pasos sucesivos para predecir el nivel de  $\beta$ 2-microglobulina y de leucocitos en función del resto de variables evaluadas en hombres

En el grupo de mujeres (Tabla 61), el optimismo determina el aumento del nivel de  $\beta$ 2-microglobulina, además el total de eventos es el factor predictor de los linfocitos. Por otro lado, el patrón de comportamiento necesidad de armonía determina el nivel de monocitos, la estrategia de relajación predice el nivel de basófilos, y por último, el temor por el pronóstico determina el nivel de eosinófilos. Para las variables dependientes referidas al nivel de leucocitos, neutrófilos y cortisol no se obtuvo ningún modelo de regresión significativo.

| Estado anímico (variables dependientes) | VARIABLES PSICOSOCIALES (PREDICTORAS) | Coefficientes Estandarizados $\beta$ | R cuadrado corregida | T     | Sig.  |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|-------|-------|
| $\beta$ 2microgl.                       | Optimismo                             | -0,34                                | 0,08                 | 1,94  | 0,062 |
| Leucocitos                              | -                                     | -                                    | -                    | -     | -     |
| Neutrófilos                             | -                                     | -                                    | -                    | -     | -     |
| Linfocitos                              | Eventos estresantes                   | -0,44                                | 0,17                 | 2,64  | 0,013 |
| Monocitos                               | Necesidad de armonía                  | -0,40                                | 0,13                 | -2,36 | 0,025 |
| Basófilos                               | Relajación                            | 0,58                                 | 0,31                 | 3,81  | 0,001 |
| Eosinófilos                             | Temor por el pronóstico               | 0,38                                 | 0,11                 | 2,17  | 0,038 |
| Cortisol                                | -                                     | -                                    | -                    | -     | -     |

Tabla 61. Modelo de regresión por pasos sucesivos para predecir el nivel de  $\beta$ 2-microglobulina y de leucocitos en función del resto de variables evaluadas en mujeres

### 3.8. Predicción del pronóstico

En las tablas 62 a 67 aparecen reflejados los principales modelos de regresión logística binaria para predecir el pronóstico favorable, a partir de los niveles del marcador tumoral, tanto en la muestra general como en el grupo de hombres y mujeres. Para cada modelo se adjunta la tabla de clasificación correspondiente.

En primer lugar, en la muestra general (Tabla 62), la estrategia de catarsis predice el pronóstico favorable, de manera que la utilización de esta estrategia se asocia a una mejora del mismo.

| Variable dependiente | Variable predictora | R cuadrado de Nagelkerke | B    | Wald | Sig.  |
|----------------------|---------------------|--------------------------|------|------|-------|
| Pronóstico favorable | Catarsis            | 0,14                     | 1,51 | 5,34 | 0,021 |

Tabla 62. Modelo de regresión logística binarias para predecir el pronóstico favorable.

Como se puede ver en la Tabla 63, este modelo predice el 90,6% de los casos desfavorables y el 65,1% de los favorables.

|                  | Pronóstico        | Pronosticado |           |                     |
|------------------|-------------------|--------------|-----------|---------------------|
|                  |                   | Desfavorable | Favorable | Porcentaje correcto |
| Casos Observados | Desfavorable      | 29           | 3         | 90,6                |
|                  | Favorable         | 24           | 13        | 35,1                |
|                  | Porcentaje global | -            | -         | 60,9                |

Tabla 63. Clasificación del pronóstico favorable a partir del modelo de regresión logística binaria.

En el grupo de hombres (Tabla 64), el número de situaciones estresantes relacionadas con el área funcional es el principal factor predictor del pronóstico favorable, asociándose a un empeoramiento del pronóstico.

| Variable dependiente        | Variable predictora  | R cuadrado de Nagelkerke | B     | Wald | Sig.  |
|-----------------------------|--|--------------------------|-------|------|-------|
| <b>Pronóstico favorable</b> | Situaciones estresantes relacionadas con el área funcional | 0,22                     | -1,86 | 6,31 | 0,012 |

Tabla 64. Modelo de regresión logística binarias para predecir el pronóstico favorable en hombres.

Como puede verse en la Tabla 65, este modelo permite predecir el 58,8% de los casos desfavorables y el 81,8% de los favorables

|                         | Pronóstico        | Pronosticado |           |                     |
|-------------------------|-------------------|--------------|-----------|---------------------|
|                         |                   | Desfavorable | Favorable | Porcentaje correcto |
| <b>Casos Observados</b> | Desfavorable      | 10           | 7         | 58,8                |
|                         | Favorable         | 4            | 18        | 81,8                |
|                         | Porcentaje global | -            | -         | 71,8                |

Tabla 65. Tabla de clasificación para el modelo de regresión para predecir el pronóstico en el grupo de hombres.

En el grupo de mujeres (Tabla 66), al igual que en la muestra general, según el primer modelo de regresión, la utilización de la estrategia de catarsis predice el pronóstico, asociándose a una mejora del mismo. Según el segundo modelo, tanto la catarsis como la redefinición de la situación predicen una mejora del pronóstico.

| Variable dependiente | Variable predictora          | R cuadrado de Nagelkerke | B    | Wald | Sig.  |
|----------------------|------------------------------|--------------------------|------|------|-------|
| Pronóstico favorable | 1º Modelo: Catarsis          | 0,42                     | 2,69 | 5,56 | 0,015 |
|                      | 2º Modelo: Catarsis          | 0,54                     | 2,86 | 5,95 | 0,015 |
|                      | Redefinición de la situación |                          | 0,97 | 2,34 | 0,126 |

Tabla 66. Modelo de regresión logística binarias para predecir el pronóstico favorable en mujeres.

La Tabla 67 corresponde con la tabla de predicción asociada a los dos modelos de regresión anteriormente descritos. Así pues, el primer modelo permite predecir el 93,3% de los casos desfavorables y el 60% de los favorables, mientras que el segundo modelo predice el 58,8% de los casos desfavorables frente al 81,8% de los favorables.

|                  | Modelos de predicción | Pronóstico        | Pronosticado |           |                     |
|------------------|-----------------------|-------------------|--------------|-----------|---------------------|
|                  |                       |                   | Desfavorable | Favorable | Porcentaje correcto |
| Casos Observados | 1º Modelo             | Desfavorable      | 14           | 1         | 93,3                |
|                  |                       | Favorable         | 6            | 9         | 60                  |
|                  |                       | Porcentaje global | -            | -         | 76,7                |
|                  | 2º Modelo             | Desfavorable      | 10           | 7         | 93,3                |
|                  |                       | Favorable         | 4            | 18        | 73,3                |
|                  |                       | Porcentaje global | -            | -         | 83,3                |

Tabla 67. Tabla de clasificación para el modelo de regresión para predecir el pronóstico en el grupo de mujeres.

## 4. DISCUSIÓN

### 4.1. Niveles de las variables psicosociales

Según los datos recogidos, los niveles de ansiedad superan a los de depresión, suponiendo un 49,4% los casos de ansiedad clínicamente significativa frente al 30,4% de los casos depresivos. Estos porcentajes son menores que los encontrados en otros estudios, como el de Vaccaro y Ramírez (2005) que encuentra un 62% de trastornos de ansiedad o los de Massie (2004) y Pirl (2004) que encuentran un 58% de casos de depresión. No obstante, nuestro estudio comparte con los estudios anteriores el hallazgo de un porcentaje mayor para los casos de ansiedad que para los de depresión. Estas diferencias en los porcentajes de casos encontrados puede deberse a tres motivos principales. En primer lugar, el tipo de instrumento utilizado para evaluar los niveles tanto de ansiedad como de depresión. En el estudio de Vaccaro y Ramírez (2005) se utilizaron para evaluar la ansiedad los criterios operativos del DSM-IV para los trastornos adaptativos y la escala de ansiedad de Hamilton. En el estudio de Pirl (2004) se utilizó la entrevista clínica del DSM-IV para determinar los casos de depresión. Tras la revisión de la literatura respecto al estado emocional del enfermo oncológico, se aprecia que los instrumentos más utilizados son el BDI y STAI (Narváez, Rubiños, Cortés-Funes, Gómez, y García, 2008). En nuestra investigación hemos tratado de limitar la influencia de los aspectos fisiológicos en el diagnóstico de estos dos trastornos emocionales, dada la gran sintomatología física asociada a la enfermedad oncológica y su tratamiento, optando por ello por la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaith, 1983). Una segunda razón para estas discrepancias es el estadio de la enfermedad, ya que en el estudio de Vaccaro y Ramírez (2005), realizado con enfermas de cáncer de mama, el estadio era primario en su mayoría, y en nuestro estudio el estadio es principalmente intermedio, lo que podría facilitar un proceso de adaptación en el que los casos de ansiedad se vean reducidos. En tercer lugar, también puede deberse a las diferencias en relación a la edad, el género y/o tamaño de la muestra (Trask, 2004).

Por otro lado, los resultados también reflejan mayores niveles de depresión y ansiedad en el grupo de mujeres que en el de los hombres, lo que es congruente con las diferencias de género en la prevalencia de los trastornos emocionales que se encuentran en la población general. No obstante, al repasar los estudios que analizan estas diferencias en pacientes con cáncer, se

observa que existen algunas contradicciones, ya que para muchos estudios estas tasas son iguales en hombres y en mujeres (Rodríguez, Ortiz, Palao, Avedillo, Sánchez, y Chinchilla, 2002), mientras que en otros estudios las tasas son más altas entre las mujeres (Alonso, Angermeyer, Bernert, Bruffaerts, Brugha, y Bryson, 2004). Específicamente, parece ser que las mujeres informan de más dificultades emocionales frente a los hombres, mientras que éstos informan de más síntomas físicos (Valencia, 2006). Un posible factor que parece afectar a estas diferencias es el tipo de diagnóstico asociado al género, por ejemplo cáncer de mama o de testículo (Noyes, Kathol, y Debelius, 1990; Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, y Schmale, 1983).

Los niveles de apoyo social que informan los pacientes son elevados, y más en el grupo de hombres, a pesar de que varias investigaciones afirman que la disponibilidad de las redes sociales durante una enfermedad crónica tipo cáncer se ve muy reducida (Bloom y Spiegel, 1984). Algunos estudios (Vinaccia, Margarita Quiceno, Zapata, Obesso, y Quintero, 2006) muestran que el apoyo social parece ser más importante a partir de los seis meses post-tratamiento, siendo esta fase cuando comienza la necesidad de hablar y compartir experiencias relacionadas con el hecho de tener cáncer, del tratamiento y de los efectos secundarios de éste, quizás debido a la estabilidad de las alteraciones físicas (Montes, Mullins, y Urrutia, 2006), que dejan de ser un evento novedoso, y al comienzo de un estado físico más estable que permite a la persona compartir con los demás el malestar que ha podido generar la situación. La dimensión del apoyo social más determinante para los enfermos de cáncer en esta fase de la enfermedad, como también ocurre para la mayoría de las personas, es la emocional (Uchino, Cacioppo, y Kiecolt-Glaser, 1996), siendo la dimensión que más claramente puede reducir la posibilidad de padecer sintomatología depresiva (Lin, Dean, y Ensel, 1983).

Respecto al nivel de optimismo, se han recogido unos valores intermedios, mostrando el grupo de mujeres valores ligeramente inferiores. Esta variable, junto con el apoyo social, son de las más estudiadas en cuanto a su relación con la utilización óptima y eficaz de las diferentes estrategias de afrontamiento (Brissette, Scheier, y Carver, 2002; Matthews y Cook, 2009) y la respuesta inmunitaria (Vázquez y Castilla, 2007). Hay autores que relacionan los niveles de optimismo con factores culturales de los pacientes, en el sentido de que estos últimos pueden determinar el optimismo/pesimismo respecto a la eficacia de los tratamientos y la actitud de los

pacientes hacia las intervenciones más invasivas (Arraras, Illarramendi, Valerdi, y Wright, 1995). En este sentido hay que tener en cuenta que nosotros hemos evaluado el optimismo en un estadio medio de la enfermedad, una etapa en la que la progresión de la enfermedad es inminente, aunque haya pequeños progresos que permitan al paciente confiar en el tratamiento.

En relación al Patrón de Conducta Tipo-C, las puntuaciones referentes a los niveles de racionalidad se sitúan en un estado intermedio en ambos grupos al observar los intervalos posibles de respuesta, mientras que las puntuaciones referentes a la necesidad de armonía son más elevadas tanto para el grupo de hombres como para el de mujeres. La utilización de la racionalidad y la supresión de emociones en los enfermos de cáncer ya ha sido puesta de manifiesto con anterioridad (Anarte, López, Ramírez, y Esteve, 2000), pero la mayoría de los estudios se han centrado en el cáncer de mama (Bittan y López, 2005; Torres, 2006). Específicamente respecto a la necesidad de armonía, los enfermos oncológicos suelen mostrar una alta frecuencia de conductas de deseabilidad social a fin de evitar conflictos o de generar un ambiente poco armonioso (Kune, Kune, Watsony Bahnsen, 1991). Nuestros pacientes muestran también un intento por mantener relaciones agradables con el entorno además de intentar solucionar sus problemas utilizando la razón y la lógica, sin llegar a observarse diferencias de género en estos resultados.

La pérdida de personas significativas es el evento vital más mencionado por la muestra objeto de estudio, tanto en el grupo de hombres como en el grupo de mujeres. No obstante, y como dato curioso, las mujeres informan de un mayor número de pérdidas que los hombres. Este resultado es congruente con el elevado nivel de depresión recogido en la población femenina, tanto en nuestro estudio como en estudios anteriores, y confirma la idea de una mayor accesibilidad a recuerdos negativos en los estados depresivos (Lyubormisky, Caldwelly Nolen-Hoekseman, 1998; Teasdale y Green, 2004). Por otro lado, investigaciones pioneras en el campo de la psicooncología relacionaron el estado de aflicción generado por la muerte de personas significativas para la persona con el desarrollo y progresión del cáncer (Cooper, 1988; Eysenck, 1987; Holland y Rowland, 1989; Horne y Picard, 1979; Leshan, 1959; Levenson y Bemis, 1991; Levy y Heiden, 1990). En estudios más recientes, este estado de aflicción se ha asociado a los cambios psicofisiológicos que afectan a la actividad endocrina e inmunológica (Lutgendorf, Sood, Anderson, McGinn, Maiseri y Dao, 2005; Chochinov y Holland, 1990; Hofer, 1984).

La situación más estresante señalada por nuestros pacientes ha sido la experimentación de emociones negativas en el proceso de la enfermedad, lo que incluye los sentimientos de tristeza, ansiedad, soledad, etc. Además, el temor por el pronóstico de la enfermedad y la preocupación por los efectos agresivos asociados al tratamiento son dos de las situaciones más señaladas por los pacientes. Atendiendo a estos resultados, frente al resto de situaciones evaluadas, el temor por la progresión y empeoramiento de la enfermedad y los efectos negativos asociados a los tratamientos, principalmente quimioterapéuticos, son algunas de las preocupaciones más frecuentes en los pacientes de cáncer. Este resultado puede explicarse por la gran amenaza vital que supone esta enfermedad. Un estudio reciente realizado con mujeres sometidas a la prueba diagnóstica de "screening" de cáncer de mama establece que el impacto psicológico relacionado con la posibilidad de tener cáncer ya de por sí es evaluado como una amenaza importante para la persona, y que este impacto da paso a la puesta en marcha de un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento (Varela, Bettina, Delgado, Viera, Galain y Schwartzmann, 2007). Es destacable que una de las principales diferencias de género observadas se obtiene en relación al estrés que generan estas situaciones. Así pues, para el grupo de mujeres, las dificultades sociales relacionadas con el proceso de la enfermedad, así como la preocupación por el tratamiento, generan más malestar que en el grupo de hombres. Las dificultades sociales durante la enfermedad se entienden como las limitaciones para relacionarse, además de la percepción de preocupación y malestar procedente de familiares y amigos. A este respecto, diferentes estudios relacionan el déficit de apoyo social con los trastornos anímicos durante la experiencia de las situaciones más estresantes vividas por la persona (Paykel, 1994), lo que es congruente con los mayores niveles de depresión y ansiedad encontrados entre las pacientes, que parecen necesitar más apoyo emocional mientras experimentan un estado de ánimo más negativo.

Respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas, algunos autores sugieren que estas estrategias pueden cambiar según las diferentes etapas de la enfermedad (Cano, Sirgo, Díaz y Pérez, 1997) o utilizar diferentes estrategias al mismo tiempo (Heim, Augustiny, Schaffner y Valach, 1993). Las principales estrategias recogidas en la muestra son la distracción cognitiva, la evitación y el estoicismo. Existen estudios que, además de encontrar que la evitación es una de las estrategias más utilizadas por los enfermos de cáncer (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Margarita Quinceno, 2007), han relacionado la evitación con el patrón de conducta tipo C (Anarte, López,

Ramírez y Esteve, 2000). El estilo de afrontamiento ha sido asociado con la progresión de la enfermedad oncológica (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), siendo las estrategias más pasivas (como el estoicismo o la distracción, encontradas en nuestro estudio) las más relacionadas con una progresión más rápida de la enfermedad (Stiebler, 1993). Respecto a las diferencias de género observadas en la utilización de estrategias de afrontamiento, el grupo de mujeres tiende a utilizar más frecuentemente la estrategia de catarsis y acción directa. La catarsis ha sido categorizada como la descarga emocional principalmente asociada al llanto, conllevando a su vez una mayor expresión de emociones asociada a la situación estresante. La acción directa se definió como una búsqueda de soluciones frente a la situación problema y con el espíritu de lucha, relacionándose ambos factores en algunos estudios con un mejor pronóstico de la enfermedad (Stiebler, 1993). Tradicionalmente se ha pensado que el afrontamiento activo es más común en los hombres que en las mujeres (Pérez, 2005). Sin embargo, es importante destacar que autores como Tamres, Janicki y Helgeson (2002), tras realizar un metaanálisis sobre diferencias sexuales en afrontamiento, llegan a la conclusión de que no existen pruebas claras que asocien la mayor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en el problema en los hombres. Las posibles diferencias sexuales a este respecto se pueden deber a los diferentes roles de género inculcados, donde la independencia es uno de los objetivos de los varones y la búsqueda y mantenimiento del apoyo social es la prioridad en el grupo de las mujeres (Piko, 2001).

Por último, todos los componentes de la calidad de vida para nuestra muestra quedan muy por debajo de la media normalizada. Estos resultados también se obtienen en otras investigaciones sobre calidad de vida en enfermedades crónicas, asociándose éstas con el empeoramiento del funcionamiento en las actividades diarias y otros aspectos psicológicos afectados en la enfermedad oncológica (Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky y Schmale, 1983; Holland y Rowland, 1989; Tross y Holland, 1989; Spiegel, 1990; Maher, Mackenzie y Young, 1996). Por otro lado, es el área emocional la más afectada en nuestra muestra, siendo la vitalidad la que, a pesar de su reducción, mejor se mantiene. Estos resultados reflejan el impacto físico y psicológico que provoca la enfermedad, a pesar de la actividad y energía que pueda mostrar el enfermo.

## 4.2. Relación entre variables psicosociales y calidad de vida

En este apartado destacan las relaciones establecidas entre las variables psicosociales, por una parte, y por otra las facetas de la calidad de vida de salud general, funcionamiento físico y social y salud mental, donde vuelve a ponerse de manifiesto la visión compleja y multidisciplinar que adquiere la calidad de vida (Schwartzmann, 2003). Una variable importante ha sido el optimismo. Éste no sólo se asocia a una mejora de todas las áreas de la calidad de vida, sino también a un decremento de la percepción dolorosa. Estos resultados son congruentes con estudios previos (Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León y González-Jareño, 2006) que encuentran un menor informe de síntomas somáticos en el caso de los optimistas frente a los pesimistas. Estos efectos positivos del optimismo sobre la salud parecen estar mediados, al menos en parte, por la utilización de estrategias de afrontamiento más eficaces y más basadas en el autocuidado (Vázquez y Castilla, 2007; Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León y González-Jareño, 2006).

En relación a la ansiedad y la depresión, ambas variables se relacionan con un empeoramiento de las distintas áreas de la calidad de vida y un aumento del dolor. La presencia de alteraciones anímicas ha sido asociada con anterioridad no sólo a una pobre calidad de vida (Northouse, Mood y Kershaw, 2002) sino también a la recurrencia de síntomas en el cáncer (Jensen, 1987). Por último, el apoyo social también se ha relacionado con la mejora de las áreas de la calidad de vida anteriormente mencionadas, asociándose también a la vitalidad, rol emocional y evaluación subjetiva de la salud. La mayor percepción de apoyo social aumenta la vitalidad, el estado emocional y mejora la evaluación que el paciente realiza sobre su propio estado de salud. La relación entre apoyo social y salud ya ha sido ampliamente establecida (Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996), asociándose, en el caso del cáncer, con un mejor pronóstico (Falagas, Zarkadoulia y Loannidou, 2007), una mejora del estado emocional del paciente (Akechi, Okamura, Nishiwake y Uchitomi, 2002), una mayor supervivencia durante el tratamiento radioterapéutico y una menor fatiga durante la enfermedad (Brixa, Schleussner, Füllber, Roehrig, Wendt y Strauss, 2008). Algunos estudios encuentran que las personas casadas tienen mayores índices de supervivencia, además de una mayor rapidez a la hora de ser diagnosticados y tratados de su enfermedad (Meyers y Mark, 1995; Coluzzi, Grant, Doroshov,

Rhiner, Ferrell y Rivera, 1995) aunque existen estudios más recientes que no han conseguido replicar esta relación (Cruz, Gómez, Gómez, López, Moral y Rodríguez, 2006).

Un aspecto destacable en el grupo de los hombres es la evaluación subjetiva que realizan sobre su salud. Ésta se ve influenciada por los niveles de ansiedad y depresión, de manera que el estado de ánimo depresivo favorece que el paciente realice un juicio más negativo sobre su propia salud. Además, en el grupo de hombres la ansiedad se asocia a la disminución de la función física, social y de la salud mental, y la depresión a un nivel de vitalidad menor. Este último resultado no aparece en el grupo de las mujeres, en el que la ansiedad se relaciona con un aumento de la vitalidad. En el caso de la depresión, ésta se asocia con la disminución de la salud general y de la salud mental. Una posible explicación de estas diferencias es que el estado de ánimo negativo, fundamentalmente ansioso, se asocia a una paralización de recursos en el caso de los hombres y a un estado de más activación frente al malestar en el grupo de las mujeres. Como diferencia de género considerable, tanto el optimismo como el apoyo social se asocian a una mejora tanto de la escala física como mental de la calidad de vida, ocurriendo este hecho solamente en el grupo de los hombres, ya que en el de mujeres, esta relación no llega a ser significativa.

Respecto al patrón de conducta tipo C, en la muestra general, la racionalidad se relaciona con el empeoramiento del área emocional de la calidad de vida y con una mejor evaluación subjetiva del estado de salud. En el caso de las mujeres, también el rol emocional se ve empeorado con el patrón racional, mientras que el grupo de hombres comparte la mejor evaluación de su propia salud al manifestar este perfil. Este resultado puede explicarse a partir de la evidencia que ha vinculado el perfil racional-antiemocional característico de las pacientes con cáncer de mama (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Ruíz, Sebastián y Spielberger, 1996) con una menor expresión de afectos negativos en los pacientes (Bittan y López, 2005; Bleiker, Van-der-Ploeg, Ader y van Daal, 1995), y una mayor evitación y negación de los conflictos y factores negativos-aversivos (Ward, Leventhal y Love, 1988). De esta forma, la racionalidad podría favorecer la evitación de juicios negativos sobre el estado de salud, estableciendo así un mayor control emocional y equilibrio con el medio que les rodea. Es importante destacar que, en nuestro estudio, este resultado es más fuerte en el grupo de los hombres, de manera que la racionalidad en este grupo favorece una evaluación más negativa de la propia salud. En nuestra muestra, las

dos características del patrón tipo-C evaluadas, la racionalidad y la necesidad de armonía, reflejaron importantes correlaciones en el grupo de mujeres en relación al estado emocional. De manera que mientras que la racionalidad se asocia con un peor funcionamiento emocional, la necesidad de armonía se relacionó con una mayor salud mental y salud general. Estos resultados vuelven a poner de manifiesto la importancia de mantener relaciones armoniosas con los demás (Torres, 2006) y evitar conflictos (Bittan y López, 2005) en mujeres afectadas de cáncer.

Respecto a las situaciones estresantes que afectan a las escalas física y mental de la calidad de vida, el área física es la más afectada por este tipo de situaciones, principalmente por las emociones negativas derivadas de la enfermedad, el temor por el pronóstico y las dificultades asociadas al área funcional. En relación al estrés que generan estas situaciones y su influencia sobre la calidad de vida, el malestar provocado por las emociones negativas se asocian a la disminución de la salud general, la función física y social, el rol emocional, la vitalidad y la salud mental. En el grupo de hombres, el mayor número de situaciones estresantes vividas durante la enfermedad se asoció con un mayor deterioro social, mientras que en el grupo de mujeres se relacionó con un mayor deterioro físico. En el grupo de hombres la relación entre el la situaciones estresantes de tipo emocional y la disminución de la vitalidad es más significativa que en el grupo de mujeres. Ello destaca el papel amenazante del estrés y el malestar anímico en la calidad de vida y cómo estas variables están moduladas por el género.

En relación a la utilización de estrategias de afrontamiento y su relación con la calidad de vida, las relaciones más destacadas son las obtenidas para el estoicismo y la relajación. Ambas estrategias se han relacionado con un peor funcionamiento de prácticamente todas las áreas de la calidad de vida. Además, destaca la relación entre la pasividad o no utilización de estrategias y la peor evaluación que el paciente realiza de su estado físico y vitalidad. También el peor funcionamiento del área física se relaciona con la no utilización de estrategias y con el deseo irracional, mientras que el área mental se ve afectada por la utilización de la distracción cognitiva, el estoicismo y la relajación. En este sentido, aunque no existe acuerdo respecto al papel del afrontamiento en pacientes oncológicos, estas últimas estrategias se han asociado a una menor efectividad a la hora de afrontar la enfermedad (Nicholas y Veach, 2000). Autores como Hutton y Williams (2001), muestran que estas estrategias pueden ser útiles en las fases

más agudas de la enfermedad, pero no a largo plazo por asociarse a un incremento de la morbilidad psicológica. Un resultado llamativo ha sido la relación negativa encontrada entre la estrategia de búsqueda de apoyo social y la salud mental en mujeres. Este dato podría explicarse a partir de las diferencias de género en las respuestas específicas que se ponen en marcha frente al estrés. Mientras que en los hombres las principales respuestas son las de lucha-huida, asociadas a los mecanismos simpático-adrenomedular e hipotálamo-hipófisis-adrenocortical, en las mujeres predominan las respuestas de apego, búsqueda de apoyo social y cuidado mutuo, ligadas a un incremento en oxitocina (Taylor, 2000). De esta forma, un mayor malestar mental, que se podría equiparar a un mayor estrés, no es extraño que se asocie en mujeres con mayores búsquedas de apoyo social.

Al estudiar conjuntamente las variables que pueden predecir los niveles de calidad de vida en la muestra general, destaca la depresión como uno de los factores más destacables en relación a la mayoría de componentes de la calidad de vida: determina la salud general, la función física, la salud mental y la escala global mental. Estos resultados ya fueron observados por Terol y cols. (2000), aunque estos autores tienden a relacionarlos con la fase de tratamiento en la que se encuentra el paciente. Por otro lado, el apoyo social, considerado como un generador de beneficios generales sobre la salud (Cohen y Wills, 1985), determina el aspecto más físico de la calidad de vida, influenciando la evaluación que el paciente realiza sobre su estado físico, además del nivel de vitalidad y la escala física. En relación a la evaluación subjetiva de la salud, estudios previos han encontrado asociaciones significativas entre la percepción de recursos sociales y el ajuste psicosocial a eventos estresantes (González y Landero, 2008). De esta forma, la percepción de disponer de redes sociales frente a un evento estresante como es la enfermedad, puede determinar la manera en que ésta se percibe. La relación encontrada entre apoyo social y la escala física corrobora hallazgos previos (Brixa, Schleussner, Füllber, Roehrig, Wendt y Strauss, 2008) y apoya la idea de que el apoyo social se relaciona con la supervivencia en el cáncer (Perchon, Palma y Magna, 2008). Por último, el estrés experimentado a lo largo de la enfermedad se asocia significativamente al nivel de dolor. Este es un tema ampliamente discutido durante décadas, llegándose a la conclusión de que el estrés puede amplificar la percepción dolorosa a través de la modulación de la actividad endocrina (Chrousos y Gold, 1998; Ursin y Eriksen, 2001).

En el grupo de hombres destacan algunas estrategias de afrontamiento relacionadas con un peor funcionamiento. La estrategia de la catarsis destaca como la principal variable predictora del rol físico, la relajación predice el rol emocional y el estoicismo la función social. El nivel de estrés asociado a la experiencia de emociones negativas se relaciona positivamente con el dolor. Los estados anímicos como la ansiedad se asocian a una peor salud mental, siendo el optimismo la principal variable predictora del área física de la calidad de vida. Respecto a las mujeres, la estrategia de afrontamiento de la distracción cognitiva predice el área física de la calidad de vida mientras que en el grupo de hombres es el apoyo social. Por último, la necesidad de armonía es la variable que predice el funcionamiento mental en las mujeres, mientras que en los hombres es la ansiedad.

#### **4.3. Relación entre las variables psicosociales y el estado emocional**

Algunas de las relaciones más importantes que se han obtenido entre las variables psicosociales y el estado anímico son las referentes al optimismo, que se asocia a una disminución tanto del nivel de ansiedad como de depresión. Se han encontrado algunas diferencias de género, siendo la relación entre optimismo y ansiedad más fuerte para los hombres que para las mujeres. Estos resultados replican resultados previos que muestran la relación entre optimismo y variables psicológicas, como el estrés o las habilidad de resolución de problemas (Ortíz, Ramos y Vera-Villarroel, 2003), y la utilidad del optimismo como predictor de los trastornos psicológicos (Mroczek, Spiro, Aldwin, Ozer y Bosse, 1993).

En relación al apoyo social, destaca la relación negativa obtenida con la depresión. Ya en 1983, Lin y cols. establecían que el apoyo emocional e instrumental de un compañero puede reducir la depresión subsiguiente a un evento vital estresante. De acuerdo con la Hipótesis de la Amortiguación (Cohen y Wills, 1985), el apoyo social recibido durante los momentos de estrés reduce o amortigua la respuesta del organismo ante éste, disminuyendo también la probabilidad de desarrollar trastornos emocionales. La dimensión del apoyo social que parece mostrar más capacidad protectora sobre la salud es el apoyo emocional (Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996).

Respecto a las situaciones estresantes asociadas a la enfermedad y su relación con el estado de ánimo, son las emociones negativas vividas durante la enfermedad, junto con las dificultades sociales asociadas, las que muestran relaciones más estrechas. También hemos obtenido diferencias de género en cuanto a las situaciones estresantes de apoyo social en su relación con el estado anímico. Estas situaciones estresantes aumentan los niveles de ansiedad y depresión de forma más llamativa en el caso de las mujeres. Por una parte, estos resultados son congruentes con la mayor importancia que tiene el mantenimiento de las redes de apoyo social respecto a los roles femeninos, así como las diferencias de género en las respuestas al estrés, donde el fomento de las relaciones sociales y del cuidado mutuo son respuestas típicamente femeninas (Taylor, 2000). Por otra parte, los roles sociales femeninos están asociados a un mayor grado de estrés que los masculinos (Golding y Burman, 1990), siendo las mujeres además más susceptibles psicológicamente a los efectos del estrés interpersonal (Cronkite y Moos, 1984).

El estoicismo, la relajación y la redefinición de la situación son algunas de las estrategias de afrontamiento que se relacionan más estrechamente con la ansiedad y la depresión. Estas relaciones indican un peor estado anímico asociado a la utilización de estas estrategias, excepto en el caso de la redefinición de la situación, que disminuye el nivel de depresión. En nuestra muestra, la redefinición de la situación se ha asociado frecuentemente a la búsqueda de explicaciones tranquilizadoras de los hechos, y por tanto reductoras del malestar emocional. El estoicismo y la relajación son estrategias pasivas a la hora de afrontar un evento estresante, y no están dirigidas a combatir la situación. Con el estoicismo, el paciente acepta la enfermedad de forma fatalista y resignada (Barroilinfoma de Hodgkinet, Forjaz y Garrido, 2005), mientras que con la relajación el paciente busca asumir la situación estresante con un estado físico relajado. Ambas estrategias tienden a centrarse en la emoción sin dirigirse a la solución del problema subyacente con lo que el foco de malestar sigue estando presente.

Respecto a diferencias de género, destacan las obtenidas entre estado anímico y las estrategias de no utilización de estrategias y la búsqueda de apoyo emocional. La utilización de ambas estrategias se asocia a una disminución de los niveles de ansiedad y depresión, pero ambas relaciones son más fuertes en el caso de las mujeres. Con este

resultado vuelve a ponerse de manifiesto el papel determinante del apoyo social en el grupo de las mujeres en comparación con el grupo de hombres.

También se observan diferencias importantes al comparar la relación entre el patrón de conducta tipo C y los niveles de ansiedad y depresión en el grupo de hombres y mujeres. Así pues, la necesidad de armonía se asocia a la disminución del nivel de ansiedad y de depresión, siendo este efecto solamente considerable en el grupo de mujeres, ya que en el de hombres no es posible observar este resultado. En este sentido, varios estudios reflejan que las mujeres tienden a ser más autosacrificadas y a dar más importancia al hecho de mantener relaciones armoniosas con los demás (Torres, 2006; Baltrusch, Stangel y Titze, 1991). Esto muestra nuevamente la importancia del fomento y cuidado de las redes de apoyo social para las mujeres. En relación a las diferencias sexuales en este patrón reflejadas en la literatura, es importante destacar que, aunque existen estudios que rechazan la posibilidad de diferencias en relación al patrón de personalidad (Ramírez, Esteve, López y Anarte, 1997), sí que es cierto que existe un amplio abanico de estudios realizados sobre la racionalidad en grupos de mujeres con cáncer, aunque estos estudios suelen limitarse a la enfermedad de cáncer de mama (Rivero, Piqueras y Ramos, 2008; Bittan y López, 2005) por lo que no aparece claro si la racionalidad/antiemocionalidad es característica de las mujeres o sin embargo, se asocia a la patología mamaria.

Respecto a la predicción general de los niveles de ansiedad, en la muestra general es el optimismo, junto con la búsqueda de apoyo emocional las variables predictoras. Sin embargo, mientras que el optimismo facilita la disminución de la ansiedad, la búsqueda de apoyo emocional favorece su aumento. El efecto del optimismo en relación a la adaptación psicológica al cáncer ya ha sido puesto de manifiesto por otros estudios (Epping-Jordan, Compas, Osowiecki, Oppodisano, Gerhardt y Primo, 1999), relacionándose, entre otras cosas, con una red más amplia de apoyo social durante la enfermedad (Brissette, Scheier y Carver, 2002; Matthews y Cook, 2009). La estrategia de búsqueda de apoyo emocional predice positivamente el nivel de ansiedad, pero específicamente en mujeres. Este dato puede resultar en principio contradictorio. La puesta en marcha de esta estrategia puede verse facilitada en el enfermo de cáncer por la disminución de las oportunidades de contacto social y la limitación de las redes de apoyo social en una de las situaciones en las que el paciente se encuentra más necesitado (Wortman, 1984). De hecho, como se observará posteriormente, nuestro estudio también recoge una relación

negativa entre el estadio de la enfermedad y el nivel de apoyo social, especialmente en el grupo de hombres, lo que sugiere que conforme progresa el curso de la enfermedad, se ven reducidas las redes sociales disponibles para el enfermo. Además, la búsqueda, en algunos casos desesperada, de apoyo emocional durante el proceso de la enfermedad podría generar un aumento de los niveles tanto de ansiedad como de depresión y ser un índice de la carencia de redes de apoyo social efectivas. Por otra parte, como ya se ha comentado anteriormente, la búsqueda de apoyo social es un componente específico de la respuesta femenina al estrés, por lo que es congruente concluir que un incremento en ansiedad se asociará a un mayor uso de esta estrategia en mujeres. En este sentido, también estos resultados resultan totalmente congruentes con la correlación negativa significativa comentada anteriormente entre la búsqueda de apoyo social y la subescala de la calidad de vida de salud mental, lo que vuelve a manifestar la relación entre ambas variables. Por último, en la muestra general, una de las variables predictoras del nivel de depresión junto con el optimismo, es la estrategia del estoicismo, de hecho, la aceptación fatalista de la enfermedad se asocia a un estado de desesperanza, indefensión y pérdida de control, facilitando un empeoramiento del estado de ánimo. Este efecto ocurre principalmente en el grupo de hombres, como veremos seguidamente.

En el grupo de hombres, la relajación es la principal variable predictora de la ansiedad, seguida del nivel de estrés total sufrido en las situaciones relacionadas con la enfermedad. En el caso de la depresión, sorprende la variedad de modelos significativos para predecirla que hemos encontrado, siendo el optimismo la principal variable predictora seguida de las estrategias de estoicismo y distracción cognitiva. En el grupo de mujeres, la estrategia de búsqueda de apoyo emocional es la principal variable predictora, nuevamente con una relación positiva, del nivel de ansiedad, mientras que el optimismo y la necesidad de armonía son las variables que predicen, negativamente, el nivel de depresión. Nuevamente nos encontramos con dos factores relacionados que parecen tener una especial relevancia para el mantenimiento del equilibrio emocional en las mujeres, el apoyo social y el mantenimiento de relaciones interpersonales armónicas, aún a costa de renunciar a posibles necesidades propias.

#### 4.4. Relación entre variables psicosociales y biológicas de la enfermedad

Tanto la ansiedad como el apoyo social reflejan relaciones significativas con las variables inmunológicas objeto de nuestro estudio. Además, estas relaciones son diferentes en el caso de hombres y mujeres. La ansiedad se relaciona de forma considerable, en el grupo de los hombres, con la disminución de leucocitos, neutrófilos, linfocitos y basófilos, mientras que la depresión se relaciona con la disminución del nivel de leucocitos y basófilos. Además, como dato significativo, el apoyo social parece asociarse al aumento del nivel de monocitos, no llegando a ser significativas estas asociaciones en el caso de las mujeres. La relación entre ansiedad y funcionamiento inmunitario no es reciente, diferentes estudios han mostrado cómo la exposición a situaciones potencialmente estresantes puede modificar la proliferación y actividad de las células inmunitarias (Kiecolt-Glaser, 1999; Rozlog y Kiecolt-Glaser, 1999). Respecto al grupo de mujeres, en éstas se encuentra una asociación significativa entre apoyo social y la disminución del nivel de linfocitos, también la necesidad de armonía se asocia con una disminución del nivel de monocitos. Estos resultados reflejan el mayor apoyo social recibido frente a un sistema inmune más debilitado, lo que puede explicarse en función del mayor número de visitas cuando la enfermedad progresa y existe mayor malestar físico. Además, nuevamente, estas diferencias vuelven a reflejar la importancia de las relaciones sociales para el grupo de las mujeres, además de un ambiente armonioso en el que no existan problemas o dificultades sociales.

Al observar la muestra general y el número de situaciones estresantes, las dificultades sociales experimentadas durante la enfermedad están relacionadas con un mayor nivel de marcador tumoral y con una disminución del nivel de neutrófilos, lo que se asocia con un progreso de la enfermedad. Nuevamente, vuelve a ponerse de manifiesto la mediación inmunológica que puede ejercer el apoyo social en la salud afectando a la angiogénesis y promoción del tumor (Steel, Carney, Carr y Baum, 2004; Antoni, Lutgendorf y Cole, 2006; Lutgendorf, Cole y Costanzo, 2003).

También el malestar que experimenta el paciente con las emociones negativas vividas durante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad se relaciona con el estadio de la misma, de manera que el progreso en la fase de la enfermedad está muy relacionado con un mayor malestar emocional en el paciente. En este sentido, existen algunos datos contradictorios en la literatura.

Autores como Meseguer (2003) sugieren que, aunque algunas investigaciones relacionan el malestar emocional con el deterioro o el pronóstico del cáncer, el nivel de ansiedad es independiente de la localización tumoral y del estadio. Die Trill (2003) también afirma que el determinar el por qué del impacto psicológico que provoca la enfermedad es una ardua tarea ya que los síntomas emocionales pueden estar asociados a manifestaciones orgánicas subyacentes e incluso efectos de determinados fármacos. En nuestro caso, la relación entre emociones negativas y estadio de la enfermedad refleja que progreso de la enfermedad se asocia en el paciente con la experiencia de malestar emocional, independientemente de si el origen de este malestar es orgánico o psicológico. Por último, otros estresores vinculados al peor funcionamiento inmunológico son la preocupación por el tratamiento y el temor por el pronóstico, que se relacionan con una disminución en el número de leucocitos, neutrófilos y eosinófilos. Estos estresores reflejan el miedo y la incertidumbre que experimenta el paciente a todo aquello que se enfrenta respecto a su enfermedad, eventos ante los que se siente indefenso dado el desconocimiento que posee al respecto. Resultados similares, pero con mayor magnitud de las correlaciones, se observan en el grupo de varones, asociándose estas situaciones estresantes al progreso del estadio, la disminución del nivel de neutrófilos y el aumento del marcador tumoral. Sin embargo, los resultados encontrados en mujeres son bastante distintos. En este caso, el hecho de preocuparse por el tratamiento se asocia a un aumento del nivel de basófilos, mientras que temor al pronóstico de la enfermedad se relaciona con un aumento del nivel de eosinófilos. Este resultado podría sugerir que en el caso de las mujeres, el malestar generado por la vivencia de estas situaciones estresantes favorece el mejor funcionamiento inmune. En relación a este resultado, consideramos que el efecto temporal del estrés ejerce un papel determinante. Así pues, mientras que hay un acuerdo en la literatura respecto a que las situaciones de estrés crónico tienen un claro efecto inmunosupresor (Dhabhar y McEwen, 1997; 1999), diversos estudios han encontrado que el estrés agudo mejora ciertos aspectos del sistema inmunológico, como puede ser el número y capacidad citotóxica de las células naturales asesinas (Lutgendorf, Cole y Costanzo, 2003). El estrés posee una función adaptativa favoreciendo la supervivencia del organismo. Lo que podría ocurrir es que ante situaciones de estrés agudo no es que las células inmunitarias desciendan, sino que se produzca una redistribución de los recursos en el organismo, de modo que los niveles de células inmunitarias se modificarían dinámicamente en función del momento temporal de la relación con el estresor (Dhabhar y McEwen, 1997; 1999).

En relación a las estrategias de afrontamiento en la muestra general, estrategias como la catarsis o la distracción cognitiva se relaciona con el progreso del estadio, es decir, conforme avanza la enfermedad, el paciente tiende a utilizar más estrategias de distracción cognitiva respecto a los eventos estresantes que vive en relación a la enfermedad y menos de descarga emocional. Como se dijo con anterioridad, el afrontamiento del cáncer puede variar a lo largo del proceso de la enfermedad (Cano, Sirgo, Díaz y Pérez, 1997), no existiendo una consideración unánime respecto a las estrategias asociadas a cada fase de la enfermedad. En nuestro estudio, el progreso del cáncer se relaciona con el mayor intento del paciente por distraerse y escapar de la situación, mientras que la expresión del malestar a través del llanto y la descarga suele efectuarse en las fases más iniciales de la enfermedad. En el grupo de hombres, las estrategias más destacadas son el estoicismo y la catarsis. La primera de ellas se asocia al aumento del marcador tumoral y por tanto, del empeoramiento de la enfermedad, y la segunda se relaciona con una disminución del nivel de neutrófilos, y por tanto de la actividad inmunitaria. Ambas estrategias resultan pasivas ante la situación problema. La primera de ellas conlleva la aceptación serena de la enfermedad y la segunda una descarga física y/o emocional ante el malestar. Por tanto no hay componente de lucha contra la situación que les preocupa, lo que puede favorecer el aumento del malestar y por tanto, convertirse en un círculo vicioso que finalmente puede, como sugieren algunos estudios (Bayés, 2003), afectar a la actividad inmunológica. En el caso de las mujeres, destacan dos estrategias principalmente, la búsqueda de apoyo emocional y la relajación, que se relacionan con un aumento en el nivel de monolitos y basófilos, respectivamente. De manera que estos resultados vuelven a reflejar la relevancia de las relaciones sociales para la salud en las mujeres. Varios estudios realizados con enfermas de cáncer de mama muestran que la estrategia de búsqueda activa de apoyo social parece favorecer el funcionamiento de las células inmunitarias, especialmente a través de la mediación de la actividad de las células Natural Killers (Levy, Herberman, Maluish, Schilien y Lippman, 1985; Maunsell, Brisson y Deschenes, 1995; Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996). Por otro lado, la utilización de la relajación facilitaría la disminución del estrés y el malestar emocional, que como vimos anteriormente se asociaba a peores parámetros inmunológicos. Por último, la relación entre distracción cognitiva y el progreso del estadiaje de la enfermedad parece más propia en el grupo de mujeres que en el de hombres, de manera que éstas tienden a utilizar más esta estrategia cuando la enfermedad avanza.

Respecto a la predicción global del funcionamiento de las variables biológicas relacionadas con la enfermedad, destacan en la muestra general tanto las dificultades sociales asociadas a la enfermedad como el nivel de ansiedad. Así pues, las dificultades sociales predicen de forma considerable tanto el aumento del marcador tumoral como la disminución del nivel de neutrófilos. Volviendo a ponerse de manifiesto la importancia de la calidad del apoyo social en el progreso de la enfermedad, además del estrés y la ansiedad como variables facilitadoras del avance de la misma. Numerosos estudios reflejan que las intervenciones psicológicas dirigidas a reducir el malestar psicológico y a aumentar el apoyo emocional son susceptibles de mejorar algunos parámetros de la función inmunitaria (Kiecolt-Glaser y Glaser, 2002). Por otro lado, el nivel de ansiedad predice subpoblaciones como leucocitos, linfocitos y basófilos. En el grupo de hombres, se obtienen resultados similares, incluyendo el hecho de que los estresores relacionados con las dificultades funcionales asociadas a la enfermedad favorecen la disminución del número de monocitos. Además, la ansiedad favorece la disminución del nivel de neutrófilos y linfocitos, y la depresión de basófilos y eosinófilos. En las mujeres, el principal resultado a destacar es en relación al optimismo, que favorece significativamente la disminución del marcador tumoral. A este respecto, hay autores que reflejan que la vivencia de emociones positivas, donde podemos incluir el optimismo, está muy relacionado con el concepto de "flexibilidad" (Rozanski y Kubzansky, 2005), que permitiría responder a los retos del sujeto a través de tres componentes principales: la vitalidad, la regulación y expresión de las emociones negativas de forma efectiva, y el afrontamiento flexible del estrés crónico. Aunque no se tiene constancia de los efectos beneficiosos del concepto de "flexibilidad" sobre el sistema inmune, sí que se tiene conocimiento de los efectos protectores que ejercen algunos de estos componentes sobre la respuesta cardiovascular, endocrina, inmunológica y psicológica (Lutgendorf, Cole y Costanzo, 2003; Bechter y Gaschler, 2005). Por otro lado, la estrategia de relajación frente a la vivencia de situaciones estresantes favorece el aumento del nivel de basófilos, lo que reforzaría el funcionamiento inmunitario, mientras que la necesidad de armonía, tan característica en este grupo, y asociada a la renuncia de tus propias necesidades para favorecer el bienestar de los demás, disminuiría el nivel de monocitos. Por último, el estrés experimentado en relación a la enfermedad vuelve a asociarse en el grupo de mujeres con la disminución de células inmunitarias, especialmente linfocitos, mientras que el temor por el pronóstico se asocia a una mayor progresión de eosinófilos.

Una vez categorizados los pacientes en pronóstico favorable versus pronóstico desfavorable a partir de los niveles de marcador tumoral, tanto en la muestra general como en el grupo de mujeres, la estrategia de catarsis predice un mejor pronóstico. No conocemos estudios que hayan analizado la relación entre catarsis y el pronóstico del cáncer, aunque si hay estudios que analizan su relación con el estado de ánimo. Algunos estudios asocian esta estrategia con el aumento de la depresión y el peor funcionamiento social del paciente (Ibáñez y Rosbundo, 1993), aunque el sentido de la causalidad no está claro, mientras que otros lo asocian con una mejora del estado de ánimo (Coderch, 2001). Por otro lado, también en el grupo de mujeres, la estrategia de redefinición de la situación favorece el mejor pronóstico de la enfermedad. Entendemos que esta estrategia puede favorecer la motivación por una actuación más activa frente a la enfermedad y una nueva visión, más positiva, de la situación. La utilización de la estrategia de la redefinición de la situación se ha asociado con una mejor adaptación psicológica al cáncer (Hutton y Williams, 2001; Nicholas y Veach, 2000), pero no existen datos destacables en relación al pronóstico. Por otro lado, en el grupo de hombres, son los estresores asociados a las dificultades funcionales derivadas de la enfermedad los que predicen un peor pronóstico. Estas dificultades suponen esfuerzos físicos, normalmente de intensidad moderada, tales como autocuidarse, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, etc.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaronson, N. (1988). Quality of Life: What is it ? How Should it be measured? *Oncology*, 2, 11-16.
- Abramson, L., Seligman, E. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Akechi, T., Okamura, H., Nishiwake, Y. y Uchitomi, Y. (2002). Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma: A 6-month follow-up study. *Cancer*, 29, 1085-1093.
- Akechi, T., Okuyama, T., Imoto, S., Yamawaki, S. y Uchitomi, Y. (2001). Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment*, 65, 195-202.

- Allen, S., Ciambrone, D. y Welch, L. (2000). Stage of life course and social support as a mediator of mood state among persons with disability. *Journal of Aging and Health*, 12, 338-341.
- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. y Bryson, H. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 420, 21-27.
- Alonso-Fernández, H. (1989). *Psicología médica y social*. Barcelona: Salvat.
- Anarte, M., López, A., Ramírez, C. y Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16, 133-141.
- Andersen, B., Kiecolt-Glaser, J. y Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American Psychologist*, 49, 389-404.
- Andersen, B., Shapiro, C., Farrar, W., Crespín, T. y Wells-DiGregorio, S. (2005). Psychological responses to cancer recurrence: a controlled prospective study. *Cancer*, 104, 1540-1547.
- Andersen, B., Yang, H., Farrar, W., Golden-Kreutz, D., Emery, C., Thomson, L., y otros. (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. *Cancer*, 113, 3450-3458.
- Antoni, M., Lutgendorf, S. y Cole, S. (2006). The influence of biobehavioral factors on tumor biology: pathways and mechanisms. *Nature Reviews Cancer*, 6, 240-248.
- Aranda, S., Yates, P. y Edwards, H. (2004). Barriers to effective cancer pain management: a survey of Australian family caregivers. *European Journal of Cancer Care*, 13, 336-343.
- Arbizu, J. (2000). Factores pronósticos en Oncología. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, 173-178.
- Arraras, J., Illarramendi, J., Valerdi, J. y Wright, S. (1995). Truth telling to the patient in advanced cancer: family information filtering and prospects for change. *Psycho-Oncology*, 4, 191-196.
- Avia, M. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo Inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B., Due, P., Sakari-Rantala, R. y Heikkinen, R. (2004). The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journal of Gerontology*, 59, 44-51.
- Baltrusch, H., Stangel, W. y Titze, I. (1991). Stress, cancer and immunity: New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. Congress on Brain and Immunity. *Acta Neurologica*, 13, 315-327.

- Barroilinfoma de Hodgkinet, S., Forjaz, M. y Garrido, E. (2005). Concepts, theories and psychosocial factors in cancer adaptation. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 390-397.
- Bayés, R. (2003). Después de muchos años los tiempos de espera en oncología. *Psicooncología*, 0, 147-150.
- Bayés, R. (1985). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Bechter, K. y Gaschler, K. (2005). Sistema inmunitario y estrés. *Mente y cerebro*, 14, 48-51.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2004). *Promoción de los estilos de vida saludables*. Bogotá: Alapsa.
- Berkman, L. y Syme, S. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow up study of Alameda County residentes. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Bersagel, D. (1979). Treatment of plasma cell myeloma. *Annuals reviews*, 30, 431.
- Bittan, M. y López, A. (2005). El constructo tipo C: un análisis comparativo entre mujeres sanas y mujeres con cáncer de mama. Manuscrito no publicado.
- Bleiker, E., Van-der-Ploeg, H., Ader, H. y van Daal, W. (1995). Personality traits of women with breast cancer: Before and after diagnosis. *Psychological Reports*, 76, 1139-1146.
- Bloom, J. y Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science Medicine*, 119, 831-837.
- Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M. y Banks, P. (1998). Intrusiveness of Illness and Quality of Life in Young Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 358-367.
- Bonadonna, G. y Valagussa, P. (1981). Dose-response effect of adjuvant chemotherapy in breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 304, 10-46.
- Brissette, I., Scheier, M. y Carver, C. (2002). The contribution of individual differences in hostility to the associations between daily interpersonal conflict, affect, and sleep. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 1265-1274.
- Brixa, C., Schleussner, C., Füllber, J., Roehrig, B., Wendt, T. y Strauss, B. (2008). The need of psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 541-548.
- Broadhead, J., Robinson, J. y Atkinson, M. (1998). A New Quality of Life Measure for Oncology. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6, 21-35.

- Brothers, B. y Andersen, B. (2009). Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. *Psycho-Oncology*, 18, 267-275.
- Brown, G. y Harris, T. (1978). *Social origins of depression*. London: Tavistock.
- Burish, T., Snyder, S. y Jenkins, R. (1991). Preparing patients for cancer chemotherapy : effect of coping preparation and relaxation interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 518-525.
- Burish, T.G. y Redd, W.H. (1983). Behavioral approaches to reducing conditioned responses to chemotherapy in adult cancer patients. *Behavioral Medicine Update*, 5, 12-16.
- Butow, P., Coates, A. y Dunn, S. (2000). Psychosocial predictors of survival: metastatic breast cancer. *Annals of Oncology*, 11, 469-474.
- Butow, P., Hiller, J., Price, M., Thackway, S., Kricker, A. y Tennant, C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 169-181.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2, 71-80.
- Cano, A., Sirgo, A., Díaz, M. y Pérez, G. (1997). Ansiedad, racionalidad, armonía y optimismo en el cáncer de mama: un estudio comparativo. *Revista electrónica de Psicología*, 1.
- Cardenal, M., Rodríguez, A., Cruzado, J., González, A., González, M. y Roa, A. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida durante las fases de cribado mamográfico en mujeres de la Comunidad de Madrid. *Psicooncología*, 5, 129-146.
- Cardenal, V. (1997). Variables psicosociales y su influencia en el cáncer. En V. Cardenal, *Estrés y salud* (pp. 563-585). Valencia: Promolibro.
- Cardenal, V. (2001). Estilos psicológicos y enfermedad física. *Escritos de Psicología*, 5, 36-52.
- Cardenal, V., Sánchez-López, M. y Ortiz-Tallo, M. (2005). Impact on personality due to loss of or separation from loved ones. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 267-292.
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de psicología fisiológica*. Mexico: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Carver, C. y Gaines, J. (1985). Optimism, pessimism and post-partum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 449-462.

- Carver, C. y Scheier, M. (2002). Coping processes and adjustment to chronic illness. En A. Christensen y M. Antoni, *Chronic medical disorders: behavioral medicine's perspective* (pp. 47-68). Oxford: Blackwell.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M. y Robinson, D. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 267-283.
- Cassell, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cenci, M., Kalen, P., Mandel, R. y Björklund, A. (1992). Regional differences in the regulation of dopamine and noradrenalina release in medial frontal cortex, nucleus accumbens and caudate-putamen: a microdialysis study in the rat. *Brain Research*, 581, 217-228.
- Chang, E. (2001). Introduction: Optimism and pessimism and moving beyond the most fundamental question. En E. Chang, *Optimism and pessimism: Implications for theory, research and practice* (pp. 3-12). Washington: APA Press.
- Chang, E., Maydeu-Olivares, A. y D'Zurilla, T. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relations to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433-440.
- Cheang, Y. y Cooper, C. (1985). Psychosocial factors in breast cancer. *Stress Medicine*, 1, 61-66.
- Chochinov, H. y Holland, J. (1990). Bereavement: A special issue in Oncology. En J. Holland y J. Rowland, *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 612-627). New York: Oxford University Press.
- Chrousos, G. y Gold, P. (1998). A healthy body in a healthy mind--and vice versa--the damaging power of "uncontrollable" stress. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 83, 1842-1845.
- Citero, V., Nogueira-Martins, L. y Lourenço, M. (2003). Clinical demographic profile of cancer patients in a consultation-liaison psychiatric service. *Sao Paulo Medical Journal*, 121, 111-116.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

- Cockburn, J., Staples, M., Hurley, S. y De Luise, T. (1994). Psychological consequences of screening mammography. *Journal of Medical Screening*, 1, 7-12.
- Coderch, J. (2001). *La relación paciente-terapeuta*. Barcelona: Paidós.
- Cohen, F. y Lazarus, R. (1979). Coping with the stresses of illness. En G. Stone, N. Adler y F. Cohen, *Health Psychology* (pp. 217-254). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health and Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S. y Herbert, T. (1996). Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Cohen, S. y McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: An empirical review. En A. Baum, J. Singer y S. Taylor, *Handbook of Psychology and Health 4* (pp. 253-267). New York: Erlbaum, Hillsdale.
- Cohen, S. y Wills, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Coluzzi, P., Grant, M., Doroshov, J., Rhiner, M., Ferrell, B. y Rivera, L. (1995). Survey of the provision of supportive care services at National Cancer Institute-designated cancer centers. *Journal of Clinical Oncology*, 13, 756-764.
- Contrada, R., Leventhal, H. y O'Leary, A. (1990). Personality and health. En L. Pervin, *Handbook of personality* (pp. 638-669). New York: Oxford University Press.
- Contreras, N. A., Lugo, G. y Martínez, J. U. (2006). Introducción a los marcadores tumorales séricos. *Médica Sur*, 13, 111-121.
- Cooper, C. (1988). Personality, life stress and cancerous disease. En S. Fischer y J. Reason, *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 369-381). New York : Wiley.
- Cordás, T. (2002). A idade Média. En T. Cordás, *Depressão: da Bile Negra aos Neurotransmissores: uma Introdução Histórica* (pp. 29-48). Sao Paulo: Lemos.
- Courtney, J., Longnecker, M., Theorell, T. y Gerhardsson, V. (1993). Stressful life events and the risk of colorectal cancer. *Epidemiology*, 4, 407-414.
- Cronkite, R. y Moos, R. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behaviour*, 25, 372-393.

- Cruz, C., Gómez, I., Gómez, R., López, H., Moral, J. y Rodríguez, M. (2006). ¿El apoyo grupal a pacientes oncológicos mejora la calidad de vida, supervivencia y su estado de ánimo? *Revista de Enfermería*, 34, 23-27.
- Cruzado, J. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 0, 9-19.
- Cruzado, J., Olivera, H., Sanz, R., Hernández, V., Pérez-Segura, P., Suárez, A., y otros. (2005). Necesidad de tratamiento psicológico en personas con riesgo de cáncer hereditario que inician consejo genético: estudio de variables predictoras. *Psicooncología*, 2, 303-316.
- Cutler, S. y Young, J. (1975). Demographic patterns of cancer incidence in the United States. En J. Fraumeni, *Persons at High Risk of Cancer—An Approach to Cancer Etiology and Control* (pp. 307-342). New York: Academic Press.
- Cwikel, J., Behar, L. y Rabson-Hare, J. (2000). A comparison of a vote count and a meta-analysis review of intervention research with adult cancer patients. *Research on Social Work Practice*, 10, 139-158.
- Davidson, K. y Prkachin, K. (1997). Optimism and unrealistic optimism have an interacting impact on health-promoting behaviour and knowledge changes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 617-625.
- De Haes, J. y Van Knippenberg, F. (1986). The Quality of Life of Cancer Patients: A Review of the Literature. *Social Science and Medicine*, 20, 809-818.
- Derogatis, L., Morrow, G., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S. y Schmale, A. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of American Medical Association*, 249, 751-757.
- Derogatis, R., Abeloff, M. y Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms and survivaltime in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 242, 1504-1508.
- Devita V. (2001). *Cancer, Principles and practice of Oncology*. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- Dhabhar, F. y McEwen, B. (1997). Acute stress enhances while chronic stress suppresses cell-mediated immunity in vivo: a potential role for leukocyte trafficking. *Brain, Behavior and Immunity*, 11, 286-306.
- Dhabhar, F. y McEwen, B. (1999). Enhancing versus suppressive effects of stress hormones on skin immune function. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 96, 1059-1064.

- Díaz Rubio, E. y García Conde, J. (2000). *Oncología Clínica Básica*. Arán.
- Die Goyanes, A. y Die Trill, J. (2003). El cáncer y sus tratamientos. En M. D. Trill, *Psicooncología* (pp. Cap. 2, 41-53). Madrid: Ades.
- Dillon, K., Minchoff, B. y Baker, K. (1985). Positive emotional state and enhancement of the immune system. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 15, 13-7.
- Durá, E. y Ibáñez, E. (2000). Psicología Oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicologia, Saúde and Doenças*, 1, 27-43.
- Enguídanos, M., Todoli, J., Saro, E., Salvador, G., Villar, J., Gómez-Viedma, S., y otros. (2002). Utilidad de los marcadores tumorales en el diagnóstico de neoplasia asociada a trombosis venosa profunda idiopática. *Annals of Internal Medicine*, 19, 561-566.
- Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppodisano, G., Gerhardt, C. y Primo, K. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18, 315-326.
- Eysenck, H. (1987). Anxiety, learned helplessness and cancer: A causal theory. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 87-104.
- Eysenck, H. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16, 167-215.
- Falagas, M., Zarkadoulia, E. y Loannidou, E. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Research*, 9, 44.
- Fawzy, F., Fawzy, N. y Hyun, A. (1993). Malignant melanoma: Effect of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- Fernández, B. y Yélamos, C. (2006). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Revisiones en cáncer*, 20, 14-21.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., Ruíz, M., Sebastián, J. y Spielberger, C. (1996). Assessing emotional expression: Spanish adaptation of the rational-emotional defensiveness scale. *Personality and Individual Differences*, 22, 719-729.
- Ferrero, J. y Barreto, P. (1992). Algunas consideraciones teóricas sobre las relaciones entre Psicología y cáncer. *Oncología*, 15, 71-77.
- Font, A. (1994). Cáncer y Calidad de Vida. *Anuario de Psicología*, 61, 41-50.
- Font, A. y Rodríguez, E. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología*, 1, 67-85.

- Font, A. y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 423-446.
- Frankenhauser, M. y Johansson, G. (1986). Stress at Work: psychobiological and psychosocial aspects. *International. Review of Applied Psychology*, 3, 287.
- Friedman, L., Kalidas, M. y Elledge, R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595-603.
- Friedman, L., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., y otros. (2006). Optimism, social support, and psychosocial functioning. *Psycho-Oncology*, 15, 595-603.
- Friedman, L., Webb, J., Bruce, S., Weinberg, A. y Cooper, H. (1995). Skin cancer prevention and early detection intentions and behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 11, 59-65.
- Funk, D. y Stewart, J. (1996). Role of catecholamines in the frontal cortex in the modulation of basal and stress-induced autonomic output in rats. *Brain Research*, 74, 220-229.
- García-Conde, A., Ibáñez, E. y Durá, E. (2008). Análisis del contenido de la revista *Psycho-oncology*. EL desarrollo de la investigación en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 92, 91-113.
- Gatti, G., Cavallo, R., Sartori, M., Del Ponte, D., Maserà, R., Salvadori, A., y otros. (1987). Inhibition by cortisol of human natural Killers (NK) cell activity. *Journal of Steroid Biochemistry*, 26, 49-58.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. y Margarita Quinceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Geyer, S. (1993). Life events, chronic difficulties and vulnerability factors preceding breast cancer. *Social Science and Medicine*, 37, 1545-1555.
- Gilbar, O. (1991). The Quality of Life on Cancer patients who refuse Chemotherapy. *Social Science and Medicine*, 32, 1337-1340.
- Giles, L., Metcalf, P., Glonek, G., Luszcz, M. y Andrews, G. (2004). The effects of social networks on disability in older australians. *Journal of Aging and Health*, 16, 517-538.
- Gisbert, J.P. y Pajares, J.M. (1999). ¿Son todos los H. pylori malos? *Revista Española de Enfermería Digestiva*, 91, 508-515.

- Glaser, R., Rice, J., Speicher, C., Stout, J. y Kiecolt-Glaser, J. (1986). Stress depresses interferon production by leukocytes concomitant with a decrease in natural Killers cell activity. *Behavioral Neurosciences*, 100, 675-678.
- Golding, J. y Burman, M. (1990). Stress and social support as predictors of depressive symptoms in Mexican Americans and non-Hispanic Whites. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 268-228.
- Gómez, C., Pinto, A. y González, M. (2006). Tratamiento paliativo de los pacientes en fase terminal en el hospital. *Revisiones en Cáncer*, 20, 61-75.
- Gómez, L., Pérez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38.
- González, E. (2006). Sistema inmune, estrés y estado de ánimo. En Martínez, S., Almela, M., Carrasco, C., Colomina, M.T., González, E., Moya, L., Redolat, R., Suay, F., Torenbeek, M. y Vicens, P. (Eds.). (2006). *Hormonas, estado de ánimo y función cognitiva* (pp. 69-88). Madrid: Publicaciones Delta.
- González, M. y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 7-18.
- Grassi, L. y Cappellari, L. (1988). State and trait psychological characteristics of breast cancer patients. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 4, 99-109.
- Green, H., Pakenham, K., Headley, B. y Gardiner, R. (2002). Coping and health-related quality of life in men with prostate cancer randomly assigned to hormonal medication or close monitoring. *Psycho-Oncology*, 11, 401-414.
- Green, J. y Shellenberger, R. (1991). *The dynamics of health and wellness. A biopsychosocial approach*. Filadelfia: Winston.
- Greer, S. (1994). Psycho-oncology: Its aims, achievements and future task. *Psycho-Oncology*, 3, 87-101.
- Greer, S. y Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147-153.
- Greer, S. y Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer. Psychological considerations. *Social Sciences Medicine*, 20, 773-777.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. y Haybittle, J. (1990). Cancer: a fifteen year outcome. *The Lancet*, 1, 49-50.

- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-373.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H. (1991). Personality, stress and motivational factors in drinking as determinants of risk for cancer and coronary heart disease. *Psychological Reports*, 69, 1027-1045.
- Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D., Schmidt, P. y Vetter, H. (1982). Psychosomatic factors in the process of carcinogenesis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 284-302.
- Guibert, W., Grau, J., Romero, T., Prendes, M. y Chacón, M. (2000). Procesos psicosociales en la educación en salud y en la prevención del cáncer. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, 186-193.
- Gutensohn, N. y Cole, P. (1980). Epidemiology of Hodgkin's disease. *Seminars in Oncology*, 2, 92-102.
- Hagnell, O. (1966). The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. Psychophysiological aspects of cancer. *Annals of New York Academy of Science*, 846.
- Hayes, D. (1998). Determination of clinical utility of tumor markers: A tumor marker utility grading system. *European Journal of Cancer*, 34, 4-4.
- Heim, E., Augustiny, K., Schaffner, L. y Valach, L. (1993). Coping with breast cancer over time and situation. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 523-542.
- Helgeson, V. y Tomich, P. (2005). Surviving cancer: a comparison of 5 -year disease- free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 14, 307-317.
- Hofer, M. (1984). Relationships as regulators: A psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 184.
- Holland, J. (1992). Psychooncology: Where are we and where are we going? *Journal of Psychosocial Oncology*, 10, 103-112.
- Holland, J. y Rowland, J. (1989). *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press.
- Horne, R. y Picard, R. (1979). Psychosocial risk factors for lung cancer. *Psychosomatic Medicine*, 41, 503-514.
- House, J., Landis, K. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.

- House, J., Robbins, C. y Metzner, H. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh community health study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
- Hughes, J. (1985). Depressive illness and lung cancer: depression before diagnosis. *European Journal of Surgical Oncology*, 11, 15-20.
- Hutton, D. y Williams, M. (2001). An investigation of psychological distress in patients who have been treated for head and neck cancer. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 39, 333-339.
- Ibáñez, E. (1989). Psicología Oncológica: Un panorama a vuelapluma. En E. Echeburua, *El estrés: Problemática psicológica y vías de intervención* (pp. 95-105). San Sebastián: Servicio Editorial. Universidad del País Vasco.
- Ibáñez, E. y Rosbundo, A. (1993). Soporte social y afrontamiento afectivo en la enfermedad cancerosa. En D. Páez Rovira, *Salud, expresión y represión social de las emociones* (pp. 379-397). Valencia : Promolibro.
- Jansen, M. y Muenz, L. (1984). A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 1-13.
- Jensen, M. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality*, 55, 317-342.
- Johnson, J. (1996). Coping with radiation therapy: Optimism and the effect of preparatory interventions. *Research in Nursing and Health*, 19, 3-12.
- Johnson, J., Nail, L., Lauver, D., King, K. y Keys, H. (1988). Reducing the negative impact of radiation therapy on functional status. *Cancer*, 661, 46-51.
- Karnofsky, D. y Burchenal, J. (1949). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En C. Macleod, *Evaluation of Chemotherapeutic Agents* (pp. 199-205). New York: Columbia U.Press.
- Katz, P. y Neugebauer, A. (2001). Does satisfaction with abilities mediate the relationship between the impact of rheumatoid arthritis on values activities and depressive symptoms? *Arthritis and Rheumatism*, 45, 263-269.
- Kessler, R. y McLeod, J. (1985). Social support and psychological distress in community surveys. En S. Cohen y S. Syme, *Social Support and Health* (pp. 19-40). New York: Academic Press.

- Kiecolt-Glaser, J. (1999). Stress, personal relationships, and immune function: Health implications. *Brain and Behavioural Immunology*, 13, 61-72.
- Kiecolt-Glaser, J. y Glaser, R. (2002). Depression and immune function: Central pathways to morbidity and mortality. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 873-876.
- Kiecolt-Glaser, J. y Greenberg, B. (1984). Social support as a moderator of the aftereffects of stress in female psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 192-199.
- King, K., Rowe, M., Kimble, L. y Zerwic, J. (1998). Optimism, coping, and long-term recovery from coronary artery surgery in women. *Research in Nursing and Health*, 21, 15-26.
- Kissen, D. y Eysenck, H. (1962). Personality in male lung cancer patients. *Journal of Psychosomatics Research*, 6, 123-127.
- Kissen, D., Brown, R. y Kissen, M. (1969). A further report on personality and psychological factors in lung cancer. *Annals of the New York Academy of Science*, 164, 535-545.
- Klee, M., King, M., Machin, D. y Hansen, H. (2000). Modelo clínico de evaluación de la calidad de vida de los pacientes oncológicos tratados con quimioterapia. *Annals of Oncology*, 9, 293-301.
- Kune, G., Kune, S., Watson, L. y Bahnson, C. (1991). Personality as a risk factor in large bowel cancer. *Psychological Medicine*, 21, 29-41.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leitgeb, C., Perchestorfer, M., Fritz, E. y Ludwing, H. (1994). Quality of Life in Chronic Anemia of Cancer during treatment with Recombinant human Erythropoietin. *Cancer*, 73, 2535-2542.
- Leng, G. y Russell, A. (1998). Learning to cope with repeated stress. *Journal of Physiology*, 510, 331-331.
- Leshan, L. (1959). Psychobiological states as factors in the development of malignant disease: A critical review. *Journal of National Cancer Institute*, 22, 1-18.
- Levenson, J. y Bemis, C. (1991). The role of psychological factors in cancer onset and progression. *The role of Psychological factors in cancer onset and progression*, 32, 124-132.
- Levine, S., Coe, C. y Wiener, S. (1989). Psychoneuroendocrinology of stress: a psychobiological perspective. *Psychoendocrinology*, 341-77.

- Levy, S. y Heiden, L. (1990). Personality and social factors in cancer outcome. En H. Friedman, *Personality and disease* (pp. 254-279). New York: Wiley.
- Levy, S., Herberman, R., Maluish, A., Schilien, B. y Lippman, M. (1985). Prognostic risk assesment in primary breast cancer by behavioral and immunogicalparameters. *Health Psychology, 4*, 99-113.
- Lewinsohn, P. (1974). A behavioural approach to depression. En R. Friedman y M. Katz, *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). Washington: Winston and Sons.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (1983). *Social Support, Life Events, and Depresión*. New York: Academic Press.
- Lindsay, G., Smith, L., Hanlon, P. y Wheatley, D. (2001). The influence of general health status and social support on symptomatic outcome following coronary artery bypass grafting. *Heart, 85*, 80-6.
- Lutgendorf, S., Cole, S. y Costanzo, E. (2003). Stress-related mediators stimulate vascular endothelial growth factor secretion by two ovarian cancer cell lines. *Clinical cancer research, 9*, 4514-4521.
- Lutgendorf, S., Sood, A., Anderson, B., McGinn, S., Maiseri, H. y Dao, M. (2005). Social support psychological distress, and natural Killers cell activity in ovarian cancer. *Journal of Clinical Oncology, 23*, 7105-7113.
- Lyubormisky, S., Caldwell, N. y Nolen-Hoekseman, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on the retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 166-177.
- Maher, E., Mackenzie, C. y Young, T. (1996). The use of the hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and EORCTQLQ-C30 questionnaires to screen for treatable unmet need in patients attending routinely for radiotherapy. *Seminars in Oncology, 18*, 123-129.
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G., García-León, A. y González-Jareño, M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema, 18*, 66-72.
- Massie, M. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs, 32*, 57-71.

- Matthews, E. y Cook, P. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 716-726.
- Maunsell, E., Brisson, J. y Deschenes, L. (1995). Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer*, 76, 631-637.
- McEwen, B. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179.
- Mendes de Leon, C., Gold, D., Glass, T., Kaplan, L. y George, L. (2001). Disability as a function of social networks in elderly African American and Whites: The Duke EPESE 1986-1992. *Journal of Gerontology*, 56, 179-190.
- Meyers, T. y Mark, M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14, 101-108.
- Miller, R., Sabin, C., Goldman, E., Clemente, C., Sadowski, H., Taylor, B., y otros. (2000). Coping Styles in Families with Haemophilia. *Psychology, Health and Medicine*, 5, 3-12.
- Moinpour, C. (1992). Measuring quality of life: An emerging science. *Seminars in Oncology*, 21, 48-63.
- Molassiotis, A., Van der Akker, O. y Milligan, D. (1996). Quality of life in long-term survivors of marrow transplantation: Comparison with a matched group receiving maintenance chemotherapy. *Bone Marrow Transplantation*, 17, 249-258.
- Montes, L., Mullins, M. y Urrutia, M. (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Revista chilena de Obstetricia Ginecológica*, 71, 129-134.
- Montorio, I., Izal, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La entrevista de Carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14, 229-248.
- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela-Casal, V. Caballo y J. Sierra, *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 1045-1070). Madrid: Siglo XXI.
- Morris, T. y Greer, S. (1980). A "type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 3, 102.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. y Watson, M. (1981). Patterns of expressing anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 111-117.

- Moss, A. (1980). Specific risk versus general susceptibility: Social and psychological risk factors for heart disease and cancer mortality in a nine-year prospective study. *Dissertation Abstract International*, 40, 3677.
- Mroczek, D., Spiro, A., Aldwin, C., Ozer, D. y Bosse, R. (1993). Construct validation of optimism and pessimism in older men: Findings from the normative aging study. *Health Psychology*, 12, 406-409.
- Muela, J., Torres, C. y Peláez, E. (2002). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*, 14, 558-563.
- Mueller, N., Evans, A., Harris, N., Comstock, G., Jellum, E., Magnus, k., y otros. (1989). Hodgkin's disease and Epstein-Barr virus: evidence of altered antibody pattern prior to diagnosis. *New England Journal of Medicine*, 320, 689-695.
- Murberg, T. y Bru, E. (2001). Social relationships and mortality in patients with congestive heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 521-527.
- Muslin, H., Gyarfás, K. y Pieper, W. (1996). Separation experience and cancer of the breast. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125, 802-806.
- Narváez, A., Rubiños, C., Cortés-Funes, F., Gómez, R. y García, A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 5, 93-102.
- Navarro, M., Guindeo, M. C. y Domínguez, C. (2004). Marcadores tumorales. *Biocáncer*, 1, 1-9.
- Neiman, R., Rosen, P. y Lukes, R. (1973). Lymphocyte depletion Hodgkin's disease. A clinicopathological entity. *The New England Journal of Medicine*, 288, 751-5.
- Newberry, B., Liebet, A. y Boyle, D. (1984). Variables in Behavioral Oncology: Overview and assessment of current issues. En B. Fox y B. Newberry, *Impact of Psychoendocrine systems in cancer and immunity* (pp. 86-146). New York: C.J. Hogrefe.
- Nicholas, D. y Veach, T. (2000). The Psychosocial assessment of the adult Cancer patient. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 206-215-.
- Nichols, L., Cassel, J. y Kaplan, B. (1972). Psychosocial assets, life change and prognosis of pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 5, 431-441.
- Northouse, L., Mood, D. y Kershaw, T. (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 4050-4064.

- Northouse, L., Templin, T. y Mood, D. (2001). Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 115-136.
- Noyes, R., Kathol, R. y Debelius, E. (1990). Distress associated with cancer as measured by the illness scale. *Psychosomatics*, 31, 321-330.
- Oblitas, L. (2004). *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Bogotá: Psicom.
- Oh, S., Heflin, L. y Meyerowitz, B. (2004). Quality of life of breast cancer survivors after a recurrence: a follow-up study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 87, 45-57.
- Okano, Y., Okamura, H. y Watabe, T. (2001). Mental adjustment to first recurrence and correlated factors in patients with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 67, 255-262.
- Ortega-Monasterio, L. (1993). *Lecciones de Psicología Médica*. Barcelona: PPU (Promociones y publicaciones universitarias).
- Ortiz, J., Ramos, N. y Vera-Villarreal, P. (2003). Optimismo y Salud: estado actual e implicaciones. *Suma Psicológica*, 10, 119-134.
- Passik, S., McDonald, M. y Dugan, J. (2004). Depression in cancer patients: recognition and treatment. *Psychiatry and Mental Health*, 59, 44-51.
- Paykel, E. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, 50-58.
- Penley, J., Tomaka, J. y Wiebe, J. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551-603.
- Penninx, B., Geerlings, S., Deeg, D., van Eijk, J., van Tilburg, W. y Beekman, A. (1999). Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 889-895.
- Penninx, B., Tilburg, T., Kriegsman, D., Boeke, A., Deeg, D. y Eijk, J. (1999). Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of Aging and Health*, 11, 151-168.
- Perchon, L., Palma, P. y Magna, L. (2008). Terapia grupal de comportamiento mejora la calidad de vida en hombres post prostatectomía radical. *Actas Urológicas Españolas*, 32, 686-690.
- Pérez, C. (2005). Evaluación psicológica del pacientes con cáncer en la APS. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21, 1-2.

- Perkins, G., Slater, E. y Sanders, G. (2003). Serum tumor markers. *American Family Psysicial*, 68, 1075-82.
- Pessin, H., Rosenfeld, B. y Breitbart, W. (2002). Assessing psychological distress near the end of life. *American Behavioral Scientist*, 46, 357-372.
- Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science Medicine*, 16, 483-491.
- Peterson, C., Seligman, M. y Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-fiveyear longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Pettingale, K. (1985). A review of psychobiological interactions in cancer patients. En Watson-Morris, *Advances in the Biosciences. Psychological Aspects of Cnacer*. Oxford: Pergamon Press.
- Pettingale, K., Burgess, C. y Greer, S. (1988). Psychological response to cancer diagnosis: I. Correlations with prognostic variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 255-261.
- Pettingale, K., Philaethis, A., Tee, D. y Greer, H. (1981). The biological correlates of psychological responses to cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 453-458.
- Pettingale, K., Watson, M. y Greer, S. (1984). The validity of emotional control as a trait in breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2, 21-30.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record*, 51, 223-235.
- Piqueras, J., Martínez, A. y Ramos, V. (2008). Ansiedad, depresión y sald. *Suma Psicológica*, 15, 43-74.
- Pirl, W. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 32-39.
- Puente-Maestu, L. y Villar, F. (2006). Implicaciones de la calidad de vida en las decisiones quirúrgicas del cáncer de pulmón. *Medicina Clínica*, 3, 393-405.
- Ramírez, C., Esteve, R., López, A. y Anarte, M. (1997). Influencias de las variables género, edad, nivel educativo en el patrón comportamental Tipo C. *Comunicación presentada en el 1 er Congreso de la Sociedad Española de Diferencias Individuales*. Madrid.
- Ramos, V., Rivero, R., Piqueras, J., García, L. y Oblitas, L. (2008). Conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. *Suma Psicológica*, 15, 115-142.

- Razavi, D., Delvaux, N. y Farvacques, C. (1990). Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 156, 79-83.
- Richardson, J., Zarnegar, Z., Bisno, B. y Levine, A. (1990). Psychosocial status at initiation of cancer treatment and survival. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 189-201.
- Ritterband, L. y Spielberger, C. (2001). Depression in a cancer population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 85-93.
- Rivera, P. (1997). Utilidad clínica de los marcadores tumorales. *Revista Mexicana de Patología Clínica*, 44, 245-248.
- Rivero, R., Piqueras, J. y Ramos, V. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15, 171-198.
- Rizk, M. K., El-Nawawy, A., Abdel-Karem, E., Amer, E. S., El-Gezairy, D. y El-Shafei, A. Z. (2005). Serum interleukins and urinary microglobulin in children with idiopathic nephrotic syndrome. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 11, 993-1002.
- Roberts, C., Piper, L., Denny, J. y Cuddeback, G. (1997). A support group intervention to facilitate young adults' adjustment to cancer. *Health and Social Work*, 22, 133-141.
- Rodríguez, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F. y Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 4, 7-19.
- Rodríguez, B., Ortiz, A., Palao, A., Avedillo, C., Sánchez, A. y Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *European Journal of Psychiatry*, 16, 27-38.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rosa, Y., Martín, A. y Bayarre, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 23.
- Rossell, R., López, J. y Viladú, P. (1984). *Manual de Oncología*. Barcelona: Toray.
- Rozanski, A. y Kubzansky, L. (2005). Psychologic functioning and physical health: a paradigm of flexibility. *Psychosomatic Medicine*, 67, 47-53.
- Rozlog, L. y Kiecolt-Glaser, J. (1999). Stress and immunity: Implications for viral diseases and wound healing. *Journal of Periodontology*, 70, 786-792.
- Rubial, A. (2002). Marcadores tumorales de secreción: Situación actual. *Medicina Clínica*, 118, 750-756.
- Ruiz, M., Bermúdez, J., Olivares, A. y Garde, S. (1999). Factores psicosociales en el cáncer de mama. Un estudio cuasi-prospectivo. *Boletín de Psicología*, 64, 57-80.

- Sacristán, J., Soto, J., Reviriego, J. y Galende, I. (1994). Farmacoeconomía: El cálculo de la eficiencia. *Medicina Clínica*, 103, 143-149.
- Sandín, B. (1989). Estrés, coping y alteraciones psicofisiológicas. En B. Sandín y J. Bermúdez, *Procesos emocionales y salud* (pp. 45-72). Madrid: UNED.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. y Jiménez, P. (1995). Trastornos psicósomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, *Manual de Psicopatología. Vol. II* (pp. 401-473). Madrid : McGraw-Hill.
- Sapolsky, R. y Donnelly, T. (1985). Vulnerability to stress-induced tumor growth increases with age in rats: role of glucocorticoids. *Endocrinology*, 117, 662-666.
- Schedloowski, M. y Schmidt, R. (1996). Stress and the immune system. *Naturwissenschaften*, 214-220.
- Scheier, M. y Carver, C. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M., Carver, C. y Bridges, M. (2001). Optimism, pessimism and psychological well-being. En E. Chang, *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice* (pp. 189-216). Washington: APA.
- Scheier, M., Weintraub, J. y Carver, C. (1986). Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C., Sandvik, L. y Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13, 309-320.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Seligman, M. (1975). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Shaffer, J., Duszynski, K. y Thomas, C. (1982). Family attitudes in youth as a possible precursor of cancer among physicians. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 143-163.
- Shepperd, J., Maroto, J. y Pbert, L. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*, 30, 517-534.
- Sieber, W., Rodin, J., Larson, L. y Ortega, S. (1992). Modulation of human natural Killers cell activity by exposure to uncontrollable stress. *Brain Behavior and Immunity*, 6, 141-156.
- Sirera, R., Sánchez, P. y Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3, 35-48.

- Solomon, G., Amkraut, A. y Kasper, P. (1974). Immunity, emotions, and stress: With special reference to the mechanisms of stress effects on the immune system. *Annals of Clinical Research*, 6, 313-322.
- Spiegel, D. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 14, 888-891.
- Spiegel, D. (1990). Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer*, 66, 1422-1426.
- Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H. y Gottheil, E. (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 2, 888-892.
- Spielberger, C. (1988). *The Rationality/Emotional Defensiveness (R/ED) Scale: Preliminary test manual*. University of South Florida: Tampa: Center for Research in Behavioral Medicine and Health Psychology.
- Spitzer, W., Dobson, A., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Sheperd, R., y otros. (1981). Measuring the Quality of Life of cancer patients. A concise QL-Index for use by physicians. *Journal of Chronic Diseases*, 34, 585-597.
- Stansfeld, S., Bosma, H., Hemingway, H. y Marmot, M. (1998). Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II Study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 247-255.
- Stanton, A. y Zinder, P. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Steel, J., Camey, M., Carr, B. y Baum, A. (2004). The role of psychosocial factors in the progression of hepatocellular carcinoma. *Medical Hypotheses*, 62, 86-94.
- Stewart, B.W. y Kleihues, P. (2003). World cancer report. Lyon, ed. CIIC para CIIC/OMS.
- Stiebler, V. (1993). Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do cancer: um panorama atual. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 39, 53-59.
- Swan, G., Carmelli, D., Dame, A., Rosenman, R. y Spielberger, C. (1991). The rationality/Emotional Defensiveness Scale-I. Internal structure and stability. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 545-554.
- Tamres, L., Janicki, D. y Helgeson, V. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2-30.
- Taylor, S. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107, 411-429.

- Teasdale, J. y Green, H. (2004). Ruminative self-focus and autobiographical memory. *Personality and Individual Differences*, 36, 1933-1943.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 545-567.
- Temoshok, L., Heller, B., Sagebiel, R., Blois, M., Sweet, D., DiClemente, R., y otros. (1985). The relationship of Psychosocial factors to prognosis indicators in cutaneous malignant melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 139-154.
- Temoshok, L. y Fox, B. (1984). Coping styles and other psychosocial factors related to medical status and prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma. En B. Fox y B. Newberry, *Impact of Psychoendocrine systems in cancer and immunity* (pp. 258-287). Seattle: C.J. Hogrefe.
- Terol, M., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. y Mora, M. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anuario de Psicología*, 16, 111-122.
- Torres, A. (2006). Relationship between type C behavior and breast cancer. *Universitas Psychologica*, 5, 563-574.
- Trask, P. (2004). Assessment of depression in cancer patient. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 80-92.
- Tross, S. y Holland, J. (1989). Psychological sequelae in cancer survivors. En J. Holland y J. Holland, *Handbook of Psycho-Oncology* (pp. 101-133). Routledge: Newbury Park Ca.
- Turner, R. (1983). Direct, indirect and moderating effects of social support upon psychological distress and associated conditions. En B. Kaplan, *Psychological Stress* (pp. 105-155). New York: Academic Press.
- Uchino, B., Cacioppo, J. y Kiecolt-Glaser, J. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 448-531.
- Ursin, H. y Eriksen, H. (2001). Sensitization, subjective health complaints and sustained arousal. *The New York Academic of Sciences*, 933, 119-129.
- Vaccaro, Y. y Ramírez, M. (2005). Trastornos de adaptación y ansiedad en pacientes con cáncer de mama. *Archivos venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 51, 5-12.
- Valdés, M. (2002). *Psicobiología de los síntomas psicósomáticos*. Barcelona: Masson.
- Valdés, M. y De Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

- Valdés, R. (2004). Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 49-59.
- Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas*, 2, 241-257.
- Van der Pompe, G., Antoni, M. y Heijnen, C. (1996). Elevated basal cortisol levels and attenuated ACTH and cortisol responses to a behavioral challenge in women with metastatic breast cancer. *Psychoneuroendocrinology*, 21, 361-374.
- Varela, B., Bettina, C., Delgado, L., Viera, M., Galain, A. y Schwartzmann, L. (2007). Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama. *Ciencia y Enfermería*, 13, 33-40.
- Vázquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 385-404.
- Velázquez, A., García, M., Alvarado, S. y Ángeles, J. (2007). Cáncer y Psicología. *Gamo*, 6, 71-75.
- Verdú, J.M., Algara, M., Foro, P., Domínguez, M. y Blanch, A. (2002). Atención a los efectos secundarios de la radioterapia. *Medifam*, 12, 426-435.
- Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta tipo C en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 32, 161-168.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1, 125-137.
- Vinaccia, S., Margarita Quiceno, J., Zapata, C., Obesso, S. y Quintero, D. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe*, 18, 89-108.
- Von Vasielewski, R., Mengel, M. y Fischer, R. (1997). Classical Hodgkin's disease: clinical impact of the immunophenotype. *American Journal of Pathology*, 151, 1123-30.
- Wallston, B., Alagna, S., DeVellis, B. y DeVellis, R. (1983). Social support and physical health. *Health Psychology*, 2, 367-391.
- Wan, G., Counte, M. y Cella, D. (1997). The Influence of Personal Expectations on Cancer Patients. Reports of Health-Related Quality of Life. *Psycho-Oncology*, 6, 1-11.
- Ward, S., Leventhal, H. y Love, R. (1988). Repression revisited: Tactics used in coping with a severe health threat. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 735-746.
- Ware, J. (1987). Standards for Validating health measures: Definition and content. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 473-480.

- Watson, M., Haviland, J., Greer, S., Davidson, J. y Bliss, J. (1999). Influence of psychosocial response on survival in breast cancer: a population based cohort study. *The Lancet*, 354, 1331-1336.
- Watson, M., Pettingale, K. y Greer, S. (1984). Emotional control and autonomic arousal in breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 467-474.
- Weitzner, M. y Meyers, C. (1997). Cognitive Functioning and Quality of Life in Malignant Glioma Patients: A Review of the Literature. *Psycho-Oncology*, 6, 169-177.
- Winer, E. (1994). Quality of life Research in Patients with Breast Cancer. *Cancer supplement*, 74, 410-415.
- Wirsching, M., Stierling, H., Hoffman, F., Weber, G. y Wirsching, B. (1982). Psychological identification of breast cancer patients before biopsy. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 1-10.
- Wortman, C. (1984). Social support and cancer: Conceptual and methodologic issues. *Cancer*, 53, 2339-2359.
- Yarbro, J. (1991). Changing cancer care in the 1990s and the cost. *Cancer*, 67, 1718-1721.
- Yehuda, R. (2003). Hypothalamic-pituitary-adrenal alterations in PTSD: Are they relevant to understanding cortisol alterations in cancer? *Brain, Behavior and Immunity*, 17, 73-83.
- Yélamos, C., Montesiones, F., Eguino, A., Fernández, B., González, A. y García de Paredes, M. (2007). "Mucho x vivir". Atención psicosocial para mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 417-422.
- Yokoo, H., Tanaka, M., Yoshida, M., Tsuda, A., Tanata, T. y Mizoguchi, K. (1990). Direct evidence of conditioned fear-elicited enhancement of noradrenalina release in the rat hypothalamus assessed by intracranial microdialysis. *Brain Research*, 536, 305-308.
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zittoun, R. (1993). Quality of life in haematological malignancies with brief reference to bone marrow transplantation. *Leukaemia Research*, 17, 727-731.
- Zittoun, R., Achard, S. y Ruszniewski, M. (1999). Assessment of Quality of Life During Intensive Chemotherapy or Bone Marrow Transplantation. *Psycho-Oncology*, 8, 64-73.

## **Capítulo VIII:**

# **PREDICCIÓN DEL CURSO DEL TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA A PARTIR DE VARIABLES PSICOSOCIALES**

## 1. INTRODUCCIÓN

El trasplante de médula ósea se ha convertido en una nueva línea de tratamiento con resultados esperanzadores para enfermos con enfermedades hasta ahora consideradas como “incurables”, especialmente hematológicas (Arranz, Coca, Bayés, Rincón y Hernández-Navarro, 2003). Este tratamiento puede ser principalmente de cuatro tipos (Carreras, 1998):

- a) Autólogo, que es el que se realiza con las células de la médula ósea del propio paciente.
- b) Alogénico, realizado con las células procedentes de un donante, en la mayoría de los casos, un hermano histocompatible.

Cuando los anteriores trasplantes no son posibles, suele practicarse alguno de los siguientes:

- a) Haploidéntico, que se realiza con células de un donante familiar no compatible totalmente.
- b) De donante no emparentado compatible.

Uno de los aspectos más destacables de esta terapia es la reducción de los efectos secundarios que suelen darse con los tratamientos convencionales, además del tiempo de aislamiento y la hospitalización normalmente requeridos, que suelen ser menores. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el trasplante de médula ósea también tiene riesgos, tales como las infecciones graves, el sangrado en diferentes órganos vitales, la anemia, la mucositis severa, además de la posible reacción de rechazo al trasplante (Bishop y Pavletic, 2008). Además de la posible aparición de estas complicaciones, el paciente también debe afrontar los episodios dolorosos asociados a un tratamiento en sí mismo agresivo y las pruebas diagnósticas asociadas a su propia patología. El estrés padecido por el paciente y los familiares no sólo se limita al tiempo que dura el trasplante, sino que también puede manifestarse con anterioridad a la intervención y en la recuperación subsiguiente (Carreras, Brunet, Ortega, Monserray, Sierra y Urbano-Ispizua, 2000).

Respecto al trasplante autólogo de médula ósea, éste consta de una serie de fases asociadas cada una de ellas a diferentes demandas psicológicas (Arrarás, Arias y Arbizu, 1998). Por ejemplo, las altas dosis de quimioterapia, a veces acompañada de radioterapia, destruyen la médula ósea. Después, esta médula se reemplaza por una infusión de médula del propio paciente. Durante estos procedimientos, el paciente debe situarse en una habitación estéril que le proteja de la inmunodepresión producida por las altas dosis de tratamiento, con una duración de entre una y 4 semanas. Las demandas psicológicas señaladas por diferentes autores (Brown y Kelly, 1976; Lesko, 1993; Haberman, 1988; Delvaux, 1992) son la ansiedad, los sentimientos esperanzadores, el temor y la depresión. La ansiedad es común una vez tomada la decisión de realizar el trasplante, después de llevar un tiempo padeciendo la enfermedad o ante resultados poco satisfactorios de otros tratamientos, cuando el paciente necesita una serie de pruebas y durante los tiempos de espera. Una vez realizada la infusión de médula, pueden aparecer problemas infecciosos, lo que se asocia también con alteraciones anímicas en el paciente. La depresión es típica en estos pacientes cuando el ingreso se prolonga, mientras que los sentimientos de esperanza y temor pueden darse ante la salida del hospital y estancia en un lugar ya desprotegido.

Aunque estudios anteriores mantenían que podrían existir problemas psicológicos importantes similares a los que ocurren en situaciones de aislamiento social, separación de padres e hijos, o privación sensorial (Lesko, Kern y Hawkins, 1984), estas predicciones no se cumplen en el caso del trasplante de médula ósea, ya que los pacientes tienden a tolerar la situación de aislamiento, sobrellevando algunos de los factores causantes de estrés. Autores como Holland, Plumb, Yates, Harris, Tuttolomondo y Holmes (1977) observaron que los pacientes, por lo general, se adaptan al ambiente protegido y tienden a mantener la estabilidad emocional, asociándose el nivel del estado físico al nivel del estado emocional. Respecto al estado emocional y cognitivo a lo largo de las diferentes fases del trasplante, autores como Meyers, Weitzner, Byrne, Valentine, Champlin y Przepiorka, (1994) observaron que antes del ingreso, un 40% de los pacientes presentaban ansiedad, que disminuía durante el ingreso, y prácticamente desaparecía en el seguimiento. Por el contrario, la depresión aumentaba a lo largo de la hospitalización, pero disminuía en el seguimiento. La conclusión final que establecieron es que el tipo de trasplante, el locus de control y el nivel de apoyo social son los factores más relacionados con el nivel de estrés psicológico y funcionamiento cognitivo. Por otro lado, otros autores

reflejaban que la supervivencia más corta en relación al trasplante estaba asociada al estrés, la menor esperanza y la mayor aceptación estoica de la situación, además de la actitud de no lucha (Molassiotis, van der Akker, Milligan y Goldman, 1997). Estos tipos de resultados, muy en concordancia con la relevancia concedida a la evitación emocional, ya fueron sugeridos por teorías como la de Contrada, Leventhal y O'Leary (1990), asociándose estas variables a la recurrencia del cáncer y su peor evolución en otros estudios (Pettingale, Morris, Greer y Haybittle, 1985).

## **2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

Dada la evidencia acumulada que muestra cómo el estrés y los estados emocionales pueden modular el curso y pronóstico de diversas enfermedades, así como la recuperación tras intervenciones quirúrgicas (Cano, 2005), se podría especular con que la forma en que los pacientes afrontan el evento del trasplante y la respuesta emocional subsiguiente pudiera influir en el curso y pronóstico de dicha intervención.

Este estudio pretende evaluar las relaciones entre variables psicológicas tales como la ansiedad, la depresión, el optimismo vital, el estrés, las estrategias de afrontamiento y algunas variables de personalidad; variables sociales como el apoyo social percibido, y variables indicadoras del curso y pronóstico del tratamiento de médula ósea para enfermedades hematológicas catalogadas como malignas. En este contexto, el objetivo general de la investigación ha sido valorar la influencia y capacidad predictiva de las variables psicosociales en el curso y pronóstico del trasplante de médula ósea.

## **3. METODOLOGÍA**

### **3.1. Participantes**

En el estudio participaron 31 pacientes, con una media de edad de  $41 \pm 14,01$  años y diagnóstico de cáncer hematológico (Linfoma de Hodgkin, Linfoma no Hodgkin, Leucemia

Mieloblástica, Mieloma Múltiple). De estos pacientes, 15 eran mujeres y 16 hombres. La captación de enfermos se hizo a través del Servicio de Hematología del Hospital Médico-Quirúrgico Ciudad de Jaén.

### 3.2. Instrumentos de evaluación

Los cuestionarios y medidas utilizadas fueron las siguientes (ver Anexo I):

- Entrevista e historia clínica. Esta evaluación consistió en una entrevista semiestructurada realizada al paciente para recabar información sobre temas relacionados con el estado funcional del enfermo, los síntomas físicos de la enfermedad, el tiempo desde que la padece, el tratamiento requerido y las consecuencias de éste, la presencia de recaídas, la posible historia familiar respecto al cáncer, tiempo de hospitalización, hábitos de vida y eventos vitales destacables.
  
- Escala de Conducta Interpersonal (Spielberger, 1988); en versión española (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Ruíz, Sebastián y Spielberger, 1996) con sus dos subescalas, Racionalidad/Defensividad Emocional (R/DE) y Necesidad de Armonía (NA), en las que el paciente responde sobre una escala tipo Likert de 4 puntos. Consta de 29 ítems, 14 de ellos corresponden a la variable Armonía y los restantes 15 a la de Racionalidad. La subescala de Armonía evalúa la predisposición de los sujetos para mantener relaciones armoniosas, de concordancia, conformidad y simpatía con los demás y hacer sacrificios con el objetivo de evitar disputas con los otros. La subescala de Racionalidad evalúa la capacidad de los sujetos de usar la razón y la lógica para explicar y enfrentarse a diferentes situaciones sin mostrar sus emociones.
  
- Inventario de Estrés y Estrategias de Afrontamiento del Cáncer (ISEAC). A través de una entrevista con el paciente, se recogen el número de situaciones

estresantes para el enfermo, el nivel de estrés experimentado en cada situación y el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas (ver Capítulo II).

- Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (The Hospital Anxiety and Depression Scale, (Zigmond y Snaith, 1983). Consta de 14 ítems, referidos a síntomas de ansiedad (7) y depresión (7). La correlación de la subescala de ansiedad con el STAI (estado) es de 0,71 y la de la subescala de depresión con el BDI es de 0,74. En cuanto a los criterios establecidos para establecer un diagnóstico clínico, tanto para la puntuación de ansiedad como para la de depresión, se considera de 0 a 7 como normal, de 8 a 10 como diagnóstico menor o dudoso y de 11 o más diagnóstico mayor o problema clínico cierto.

- Escala de Apoyo Social (AS-25). Consta de 25 ítems que se puntúan de 1 a 4. El paciente afirma su acuerdo o desacuerdo y el nivel de afinidad con cada una de las situaciones que se le plantean. El objetivo de esta escala es cuantificar la disponibilidad de apoyo social (ver Capítulo III).

- Test de Orientación Vital (LOT; Scheier y Carver, 1985) en la versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998). Consiste en una escala de 12 ítems destinada a evaluar optimismo como disposición de personalidad. Ocho de estos ítems evalúan el nivel del optimismo y el resto son ítem de relleno. Respecto al nivel de fiabilidad, los autores de la escala (Scheier, Carver y Bridges, 2001) informan de un coeficiente de fiabilidad alfa de 0,87 y una fiabilidad test-retest de 0,74.

### 3.3. Variables biológicas indicativas del curso del trasplante

Las variables indicadoras del curso y pronóstico del trasplante fueron las siguientes:

- i. *Día de prendimiento*, referido al día exacto en el que el paciente, una vez recibidas las dosis de quimioterapia y las células madre, empieza a producir por él mismo glóbulos blancos, rojos y plaquetas. Por lo general, el prendimiento suele darse en las 2 a 4 semanas posteriores al trasplante, mientras que la

recuperación completa del sistema inmune conlleva más tiempo. Este resultado viene dado por la analítica diaria que se realiza al paciente a primera hora de la mañana.

- ii. *Número de infecciones.* Entre las complicaciones más habituales asociadas a este tipo de tratamiento destaca la mayor predisposición a tener infecciones, principalmente bacterianas, por lo que suelen administrarse tratamientos de antibióticos y transfusiones de plaquetas y glóbulos rojos. Para su evaluación se contabilizan el número de infecciones que padece el paciente durante el periodo de tiempo que permanece hospitalizado.
- iii. *Día de alta,* contabilizado desde el día que se inició el ingreso.
- iv. *Nivel de hemoglobina.* La hemoglobina es una proteína que contiene hierro, se encuentra en los glóbulos rojos y transporta oxígeno y dióxido de carbono. La medición de esta variable el día que el paciente recibe el alta mostrará la recuperación observada en el transcurso del trasplante.

### 3.4. Procedimiento

En un primer momento, y como primera toma de contacto, se estableció una cita previa con el Jefe de servicio de Hematología del Hospital Ciudad de Jaén, D. Antonio Alcalá, donde se expusieron los objetivos y desarrollo de la investigación propuesta. La evaluación psicológica para este estudio se llevó a cabo en la misma habitación de aislamiento donde el paciente estaba ingresado. Antes de acceder a la misma, se entrevistaba al hematólogo encargado del caso para determinar si el paciente se encontraba en disposición física para responder a la evaluación psicológica. Una vez que el médico aceptaba la evaluación, cada paciente firmó un consentimiento informado de participación en el estudio una vez explicados los objetivos del mismo. Se recogió información de cada una de las variables psicológicas a través de una entrevista directa con el enfermo.

Para determinar y valorar el curso y pronóstico del trasplante de médula ósea, se llevaron a cabo reuniones sucesivas con el Jefe de Sección del Área de Hematología, D. Antonio Alcalá,

para repasar la historia clínica de cada paciente y recoger los valores de las variables biológicas indicadoras del curso del trasplante.

### 3.5. Análisis estadístico

Para analizar la capacidad predictiva de unas variables tomadas como predictoras (variables psicosociales) sobre una variable definida como dependiente (variables indicadoras del curso del trasplante) se realizaron análisis de regresión lineales con el método de pasos sucesivos, lo que facilitó una R cuadrado corregida, como valor índice de la capacidad predictiva del modelo, y unos coeficientes Beta estandarizados, como valor de la pendiente de la línea de regresión. Para un análisis exploratorio de las relaciones entre las variables se realizaron correlaciones bivariadas tipo Pearson. En este análisis correlacional se ha explorado también la existencia de diferencias en función del género. Las posibles diferencias en las correlaciones para los dos sexos se han realizado mediante comparaciones para muestras independientes con el estadístico z.

## 4. RESULTADOS

En la Tabla 1 aparecen reflejadas las correlaciones obtenidas entre las variables psicosociales y las biológicas referentes al curso del trasplante. Entre estas asociaciones destaca la correlación negativa obtenida entre apoyo social y número de infecciones, a mayor apoyo social el número de infecciones disminuye. El número de situaciones estresantes durante la enfermedad se asocia positivamente al nivel de hemoglobina. La estrategia de afrontamiento de la redefinición de la situación y la no utilización de estrategias de afrontamiento correlacionan positivamente con el nivel de hemoglobina. El día de prendimiento correlaciona negativamente con la redefinición de la situación y el estoicismo, a mayor aceptación estoica de la situación y/o redefinición de la situación, más rápidamente surge el prendimiento de glóbulos rojos en el paciente, es decir, el paciente comienza a producir él mismo sus propias células y por tanto el pronóstico sería más positivo. Por otra parte, la utilización de la estrategia de la relajación se asocia a un menor número de infecciones durante el proceso del trasplante. Por último, se

encuentra también una asociación negativa entre el nivel de hemoglobina y la racionalidad, a mayor racionalidad del paciente, menor nivel de hemoglobina el día de alta.

|   | Día de prendimiento | Número de infecciones | Día de alta | Nivel de Hemoglobina |
|---|---------------------|-----------------------|-------------|----------------------|
| <b>Ansiedad</b>                           | -0,092              | -0,121                | -0,084      | 0,260                |
| <b>Depresión</b>                          | 0,150               | 0,174                 | -0,035      | 0,154                |
| <b>Apoyo Social</b>                       | -0,074              | -0,383*               | 0,139       | 0,128                |
| <b>Optimismo</b>                          | 0,176               | 0,162                 | 0,137       | 0,171                |
| <b>Emociones negativas</b>                | -0,159              | -0,220                | -0,134      | 0,420*               |
| <b>Apoyo social</b>                       | -0,033              | -0,155                | -0,085      | 0,287                |
| <b>Preocupación por el tratamiento</b>    | 0,074               | 0,090                 | 0,063       | 0,029                |
| <b>Temor por el pronóstico</b>            | -0,034              | -0,247                | -0,074      | 0,261                |
| <b>Preocupación por el área funcional</b> | -0,092              | -0,038                | 0,045       | 0,016                |
| <b>Estrés total</b>                       | -0,069              | -0,191                | -0,066      | 0,329                |
| <b>Ninguna estrategia</b>                 | -0,008              | -0,234                | -0,084      | 0,450*               |
| <b>Distracción cognitiva</b>              | -0,148              | 0,069                 | -0,020      | 0,155                |
| <b>Deseo irracional</b>                   | -0,056              | -0,259                | -0,132      | 0,136                |
| <b>Evitación</b>                          | 0,243               | 0,123                 | 0,074       | 0,056                |
| <b>Apoyo emocional</b>                    | 0,210               | -0,164                | 0,081       | 0,169                |
| <b>Estoicismo</b>                         | -0,371*             | -0,119                | -0,230      | 0,100                |
| <b>Negación</b>                           | -                   | -                     | -           | -                    |
| <b>Catarsis</b>                           | 0,199               | 0,064                 | 0,062       | -0,094               |
| <b>Relajación</b>                         | 0,154               | -0,408*               | -0,319      | 0,051                |
| <b>Acción directa</b>                     | 0,003               | 0,234                 | 0,137       | -0,069               |
| <b>Redefinición de la situación</b>       | -0,495**            | 0,021                 | 0,132       | 0,605**              |
| <b>Racionalidad</b>                       | -0,020              | -0,298                | 0,228       | -0,366*              |
| <b>Necesidad de armonía</b>               | -0,107              | -0,343                | -0,007      | 0,188                |

Tabla 1. Correlaciones entre variables psicosociales y biológicas indicativas del curso de la enfermedad

En cuanto a diferencias de género, en el grupo de hombres se encuentra una correlación negativa entre optimismo y número de infecciones ( $r = -0,639$ ,  $p < .01$  vs.  $r = 0,035$ , para los hombres y mujeres respectivamente,  $z = -1,802$ ;  $p < .05$ ), de manera que a mayor nivel de optimismo, menor número de infecciones a lo largo del transplante en los hombres. La correlación entre emociones negativas y nivel de hemoglobina sólo es significativa en los hombres ( $r = 0,671$ ,  $p < .01$  vs.  $r = -0,091$ , para los hombres y mujeres respectivamente,  $z = -3,036$ ;  $p < .01$ ). Por último, en el grupo de mujeres se encuentra una correlación negativa entre la necesidad de armonía y el número de infecciones ( $r = -0,553$ ,  $p < .05$  vs.  $r = 0,264$ , para los hombres y mujeres respectivamente, aunque esta diferencia entre sexos no llega a ser significativa).

Los resultados de los análisis de regresión para predecir las variables referidas al progreso del transplante se presentan en la Tabla 2. Estos resultados muestran que la estrategia de redefinición de la situación es la principal variable predictora del día de prendimiento junto con el estoicismo, de manera que a mayor utilización de estas dos estrategias, el paciente comienza a fabricar antes sus células sanguíneas una vez realizado el transplante. La estrategia de afrontamiento de la relajación, junto con los patrones de racionalidad y necesidad de armonía predicen significativamente el número de infecciones padecidas a lo largo del transplante. La utilización de la relajación junto con las mayores puntuaciones en racionalidad y necesidad de armonía se asocian a un menor número de infecciones. Para el día del alta, no se ha obtenido ningún modelo significativo de regresión. Por último, respecto al nivel de hemoglobina, las estrategias de redefinición de la situación junto con la no utilización de estrategias de afrontamiento se asocian a mayores niveles de hemoglobina, mientras que la característica de racionalidad predice un menor nivel de hemoglobina.

| Variables indicadoras del curso de la enfermedad (dependientes) | Variables psicosociales (predictoras)   | Coefficientes Estandarizados B | R cuadrado corregida | T     | Sig.  |
|---|---|--------------------------------|----------------------|-------|-------|
| Día de preadmisión  | 1º Modelo<br>Redefinición de la situación                                       | -0,49                          | 0,21                 | -3,06 | 0,005 |
|   | 2º Modelo<br>Redefinición de la situación<br>Estoicismo                         | -0,46                          | 0,29                 | -2,99 | 0,006 |
|   |   | -0,32                          |                      | -2,08 | 0,046 |
| Número de infecciones   | 1º Modelo<br>Relajación   | -0,40                          | 0,13                 | -2,40 | 0,023 |
|   | 2º Modelo<br>Relajación<br>Racionalidad   | -0,47                          | 0,25                 | -2,95 | 0,006 |
|   |   | -0,37                          |                      | -2,36 | 0,025 |
|   | 3º Modelo<br>Relajación<br>Racionalidad<br>Necesidad de armonía                 | -0,41                          | 0,38                 | -2,83 | 0,009 |
|   |   | -0,46                          |                      | -3,11 | 0,004 |
|   |   | -0,38                          |                      | -2,56 | 0,016 |
| Día de alta   | -   | -                              | -                    | -     | -     |
| Nivel de hemoglobina  | 1º Modelo<br>Redefinición de la situación                                       | 0,60                           | 0,34                 | 4,08  | 0,000 |
|   | 2º Modelo<br>Redefinición de la situación<br>Ninguna estrategia                 | 0,59                           | 0,52                 | 4,73  | 0,000 |
|   |   | 0,43                           |                      | 3,47  | 0,002 |
|   | 3º Modelo<br>Redefinición de la situación<br>Ninguna estrategia<br>Racionalidad | 0,60                           | 0,63                 | 5,51  | 0,000 |
|   |   | 0,39                           |                      | 3,58  | 0,001 |
|   |   | -0,34                          |                      | -3,07 | 0,005 |

Tabla 2. Modelos de regresión para predecir las variables indicadoras del curso del trasplante a partir de variables psicosociales.

## 5. DISCUSIÓN

Tal y como reflejan estudios pioneros en relación a la adaptación psicológica al trasplante de médula ósea, el proceso de aislamiento, asociado al tratamiento, es una de las fases más estresantes para los pacientes, ya que suele relacionarse con una movilidad reducida, unos patrones visuales también limitados, la pérdida del roce humano, las alteraciones del apetito debido a la comida esterilizada, y la dependencia respecto al lugar donde el paciente se encuentra (Gordon, 1975). También son comunes la fatiga, el insomnio y los cambios digestivos (Larson, Viele, Coleman, Dibble y Cebulski, 1993). Otros autores encuentran que las emociones más típicas del proceso de aislamiento son la frustración, la soledad, la depresión, la ansiedad y la hostilidad (Holland, Plumb, Yates, Harris, Tuttolomondo y Holmes, 1977; Neuser, 1988). Este tratamiento provoca un número considerable de infecciones, además del dolor asociado al procedimiento (Andrykowski y McQuellon, 1998; Neitzert, Ritvo, Dancey, Weiser, Murray y Avery, 1998). Sin embargo, pocos estudios han relacionado los factores de tipo psicológico-emocional con la adaptación o pronóstico al proceso del trasplante. Nuestro estudio, desde una óptica biopsicosocial, parte de la hipótesis de que factores psicológicos como el tipo de afrontamiento del suceso del trasplante y las respuestas emocionales subsiguientes podrían modular el curso y pronóstico de la intervención.

Los resultados de nuestro estudio señalan como especialmente relevantes a la hora de modular los indicadores de pronóstico del trasplante a los mecanismos de afrontamiento. Algunos estudios (Hammer y Marting, 1988; Ho, Horne y Szer, 2002) encuentran que los recursos de afrontamiento en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea son similares a los utilizados por personas sanas no sometidas a este procedimiento. Otros estudios han encontrado que la mayoría de estos pacientes utilizan estrategias de afrontamiento inadecuadas, y que éstas pueden afectar a la percepción de dolor, derivando en un mayor sufrimiento en el enfermo (Gaston-Johansson, Franco y Zimmerman, 1992). La conclusión a la que llegan diferentes investigaciones es que las personas con altos recursos de afrontamiento tienen un mejor ajuste durante la hospitalización y el tratamiento (Ho, Horne y Szer, 2002), resultados por otra parte equiparables a los que se obtienen en población sana en condiciones de estrés habituales (Schwarzer y Schroeder, 1997; Terry, Mayocchi y Hynes, 1996). Hay que tener en cuenta que aunque algunas estrategias pueden ser catalogadas en sí mismas como patológicas,

es posible que pueden resultar útiles para afrontar determinadas circunstancias, como es el caso de las descritas anteriormente (Lazarus, 1993). En este sentido, algunos autores las denominan como adecuadas o inadecuadas en función de su habilidad para favorecer la adaptación al proceso de trasplante (Molassiotis, van der Akker, Milligan y Goldman, 1997). En general, la mayoría de los estudios que han analizado los mecanismos de afrontamiento en el trasplante de médula ósea han utilizado el "*Mental Adjustment to Cancer Scale*" con sus 4 subescalas -espíritu de lucha, desesperanza, fatalismo y preocupación ansiosa- (Andrykowski, Brady y Henslee-Downey, 1994; Jenkins, Lester, Alexander y Whittaker, 1994; Molassiotis, van der Akker, Milligan y Goldman, 1997; Murphy, Jenkins y Whittaker, 1996; Tschuschke, Hertenstein, Arnold, Bunjes, Dezinger y Kaechele, 2001). La preocupación ansiosa es la principal variable relacionada con el pronóstico en estos estudios, aunque la evidencia que la relaciona con la supervivencia tras el trasplante es escasa (Andrykowski, Brady y Henslee-Downey, 1994; (Molassiotis, van der Akker, Milligan y Goldman, 1997; Molassiotis y cols., 1997).

Los resultados de nuestro estudio reflejan que estrategias de afrontamiento como la redefinición de la situación, la relajación y la aceptación estoica de la enfermedad parecen relacionarse con un pronóstico más positivo, observándose su influencia sobre el nivel de hemoglobina (el nivel de glóbulos rojos una vez recibida el alta), y el número de infecciones durante la fase de aislamiento. La no utilización de estrategias, lo que puede ser interpretado como pasividad frente al problema, se asocia con una mayor fortaleza física, reflejada en el nivel de hemoglobina al finalizar el proceso. Este resultado puede explicarse en relación al no afrontamiento del problema, y por lo tanto, a la no vivencia de las emociones negativas vinculadas al mismo. En este sentido, existen estudios que relacionan estrategias contrarias como la preocupación ansiosa a la muerte temprana (Andrykowski, Brady y Henslee-Downey, 1994).

Aunque existen estudios que destacan la importancia de estrategias como la distracción cognitiva y el espíritu de lucha, relacionadas positivamente con la supervivencia (Tschuschke, Hertenstein, Arnold, Bunjes, Dezinger y Kaechele, 2001), en nuestro estudio las variables más importantes que determinan el curso del trasplante son estrategias activas como la redefinición de la situación y la relajación, ya que éstas, junto con el estoicismo y la no utilización de estrategias, predicen el día de prendimiento, el nivel de hemoglobina y el número de infecciones. Ello se traduce en que el enfermo que utiliza la redefinición del problema y la aceptación estoica

del mismo “prende” más rápidamente, mientras que la no utilización de estrategias y la relajación facilitan que el número de infecciones padecidas a lo largo del tratamiento sea menor. Otros estudios, sin embargo, consideran que la baja aceptación de la enfermedad, combinada con una esperanza elevada, tiende a relacionarse más positivamente con la supervivencia del enfermo (Molassiotis, van der Akker, Milligan y Goldman, 1997). A partir de los resultados obtenidos y de nuestra experiencia con estos enfermos, podemos afirmar que la aceptación del problema es un paso primordial que facilitará la adaptación a un proceso tan estresante como el trasplante de médula ósea.

Otras variables importantes implicadas en el pronóstico y curso del trasplante de médula ósea han sido el apoyo social y la racionalidad. Algunos estudios establecen que no hay relación entre el nivel de apoyo social y la supervivencia tras el trasplante de médula ósea (Hoodin y Weber, 2003) además, estos autores también afirman que el humor depresivo, además de otras variables psicopatológicas de la personalidad, tampoco están relacionadas con la supervivencia. Nuestros resultados reflejan una correlación negativa entre el apoyo social y un indicador pronóstico, el número de infecciones padecidas durante el aislamiento. Por otro lado, el patrón de personalidad de racionalidad se asocia a un peor funcionamiento físico, puesto de manifiesto en la relación negativa observada con el nivel de hemoglobina cuando el paciente recibe el alta.

Algunas de las diferencias sexuales encontradas reflejan que el optimismo es una variable vital en el grupo de hombres, frente a la necesidad de armonía en el grupo de mujeres. Así pues, ambas variables se asocian a un menor número de infecciones padecidas durante el aislamiento y la hospitalización del enfermo. Independientemente del sexo, autores como Zeidner y Hammer (1992) relacionaban el optimismo con mejores recursos de afrontamiento, y éstos con una tendencia mayor a pensar de forma positiva (Lightsey, 1994). De esta manera, el optimismo podría actuar sobre el pronóstico a través del afrontamiento del estrés asociado al proceso patológico. En el caso de la necesidad de armonía, nuevamente se pone de manifiesto la importancia de un ambiente social agradable para el caso de las mujeres. Aunque como anteriormente comentábamos, el apoyo social no se ha relacionado de forma considerable con el curso y pronóstico de estas patologías (Hoodin y Weber, 2003), sí que hay estudios que han reflejado el mayor uso de conductas de deseabilidad social en esta población con el objetivo de evitar conflictos o generar un ambiente más favorable (Kune, Kune, Watson y Bahnson, 1991).

Por ello deducimos que este patrón de comportamiento se asocia con un ambiente más armonioso que facilita un mejor curso de la enfermedad.

Para finalizar, creemos que los resultados de este estudio pueden tener unas claras indicaciones de cara al manejo clínico de los pacientes que se han de someter a un trasplante de médula ósea. Dado que los mecanismos de afrontamiento que use el paciente modulan significativamente algunos de los indicadores pronósticos de la intervención médica, estaría plenamente justificada una intervención psicológica destinada a facilitar un afrontamiento más óptimo del tratamiento y sus circunstancias específicas (por ejemplo, la utilidad de enseñar a redefinir la situación de forma más positiva). En este sentido, algunos estudios han utilizado intervenciones psicológicas para tratar complicaciones específicas como el dolor oral que pueden padecer estos pacientes durante la fase de aislamiento (Syrjala, Cummings y Donaldson, 1992). En cualquier caso, nuestro estudio pone de manifiesto algunas de las necesidades emocionales a las que se enfrentan estos pacientes y las ventajas que podrían obtenerse a través del apoyo psicológico.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrykowski, M. y McQuellon, R. (1998). Bone marrow transplantation. En J. Holland, *Psychoncology* (pp. 289-299). New York: Oxford University Press.
- Andrykowski, M., Brady, M. y Henslee-Downey, P. (1994). Psychosocial factors predictive of survival after allogenic bone marrow transplantation for leukemia. *Psychosomatic Medicine*, 56, 432-439.
- Arranz, P., Coca, C., Bayés, R., Rincón, C. y Hernández-Navarro, F. (2003). Intervención psicológica en pacientes que deben someterse a trasplante de médula ósea. *Psicooncología*, 0, 93-105.
- Arrarás, J., Arias, F. y Arbizu, P. (1998). Calidad de vida en los pacientes con trasplante de médula ósea. *Medicina Clínica*, 10, 582-586.
- Bishop, M. y Pavletic, S. (2008). Hematopoietic stem cell transplantation. En M. Abeloff, J. Armitage, J. Niederhuber, M. Kastan y W. McKena, *Clinical Oncology* (pp. 32). Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.

- Brown, H. y Kelly, M. (1976). Stages of bone marrow transplantation: a psychiatric perspective. *Psychosomatic Medicine*, 38, 439-445.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2, 71-80.
- Carreras, E. (1998). Historia del trasplante de progenitores hematopoyéticos. *Avances en enfermería*, 8, 1.
- Carreras, E., Brunet, S., Ortega, J., Monserray, E., Sierra, J. y Urbano-Ispizua, A. (2000). *Manual de Trasplante Hemopoyético*. Barcelona: Antares.
- Contrada, R., Leventhal, H. y O'Leary, A. (1990). Personality and Health. En L. Pervin, *Handbook of Personality* (pp. 638-670). New York: The Guilford Press.
- Delvaux, N. (1992). Adaptation psychologique à la greffe de moelle. *Revue Medicale de Bruxelles*, 13, 219-222.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., Ruíz, M., Sebastián, J. y Spielberger, C. (1996). Assessing emotional expression: Spanish adaptation of the rational-emotional defensiveness scale. *Personality and Individual Differences*, 22, 719-729.
- Ferrando, P., Chico, E. y Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14, 673-680.
- Gaston-Johansson, F., Franco, T. y Zimmerman, L. (1992). Pain and psychological distress in patients undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 19, 41-48.
- Gordon, A. (1975). Psychosocial adaptation to isolation therapy in acute leukaemia. *Psychotherapia and Psychosomatic*, 26, 132-139.
- Haberman, M. (1988). Psychosocial aspects of bone marrow transplantation. *Seminars in Oncology Nursing*, 4, 55-59.
- Hammer, A. y Marting, M. (1988). *Manual for the Coping Resources Inventory*. California: Consulting Psychologist Press.
- Hengeveld, M., Houtman, R. y Zwan, F. (1988). Psychological aspects of bone marrow transplantation: a retrospective study of long-term survivors. *Bone Marrow Transplant*, 3, 69-75.
- Ho, S., Horne, D. y Szer, J. (2002). The adaptation of patients during the hospitalization period of bone marrow transplantation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 9, 167-176.

- Holland, J., Plumb, M., Yates, J., Harris, S., Tuttolomondo, A. y Holmes, J. (1977). Psychosocial response of patients with acute leukaemia to germfree environments. *Cancer*, 40, 871-879.
- Hoodin, F. y Weber, S. (2003). A systematic review of the influence of psychosocial variables on mortality after bone marrow transplant. *Psychosomatics*, 44, 181-195.
- Jenkins, P., Lester, H., Alexander, J. y Whittaker, J. (1994). A prospective study of psychosocial morbidity in adult bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic*, 35, 361-367.
- Kune, G., Kune, S., Watson, L. y Bahnson, C. (1991). Personality as a risk factor in large bowel cancer. *Psychological Medicine*, 21, 29-41.
- Larson, P., Viele, C., Coleman, S., Dibble, S. y Cebulski, C. (1993). Comparison of perceived symptoms of patient undergoing bone marrow transplant and the nurses caring for them. *Oncology Nursing Forum*, 20, 81-88.
- Lazarus, S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lesko, L. (1989). Bone marrow transplantation. En J. Holland y J. Rolland, *Handbook of Psychooncology* (pp. 163-173). New York: Oxford University Press.
- Lesko, L. (1993). Psychiatric aspects of bone marrow transplantation: special issues during pre-transplant assessment and hospitalization. *Psycho-Oncology*, 3, 161-184.
- Lesko, L. (1993). Psychiatric aspects of bone marrow transplantation: special issues during pre-transplant assessment and hospitalization. *Psycho-Oncology*, 3, 161-184.
- Lesko, L., Kern, J. y Hawkins, D. (1984). Psychological aspects of patients in germ-free isolation: a review of child, adult and patient management literature. *Medical and Pediatric Oncology*, 12, 43-49.
- Lightsey, O. (1994). "Thinking positive" as a stress buffer: The role of positive automatic cognitions in depression and happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 325-334.
- Meyers, C., Weitzner, M., Byrne, K., Valentine, A., Champlin, R. y Przepiorka, D. (1994). Evaluation of the neurobehavioral functioning of patients before, during and after bone marrow transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 12, 820-826.
- Molassiotis, A., van der Akker, O., Milligan, D. y Goldman, J. (1997). Symptom distress, coping style and biological variables as predictors of survival after bone marrow transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 275-285.

- Murphy, K., Jenkins, P. y Whittaker, J. (1996). Psychosocial morbidity and survival in adult bone marrow transplant recipients-a follow-up study. *Bone Marrow Transplantation*, 35, 199-201.
- Neitzert, C., Ritvo, P., Dancey, J., Weiser, K., Murray, C. y Avery, J. (1998). The psychosocial impact of bone marrow transplantation: A review of the literature. *Bone Marrow Transplantation*, 22, 409-422.
- Neuser, J. (1988). Personality and survival time after bone marrow transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 451-455.
- Otero, J., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona : Ariel Practicum.
- Pettingale, K., Morris, T., Greer, S. y Haybittle, J. (1985). Mental attitudes to cancer and additional prognostic factor. *The Lancet*, 1, 750-760.
- Scheier, M. y Carver, C. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M., Carver, C. y Bridges, M. (2001). Optimism, pessimism and psychological well-being. En E. Chang, *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice* (pp. 189-216). Washington: APA.
- Schwarzer, R. y Schroeder, K. (1997). Social and personal coping resources as predictors of quality of life in cardiac patients. *European Review of Applied Psychology*, 47, 131-136.
- Spielberger, C. (1988). *The Rationality/Emotional Defensiveness (R/ED) Scale: Preliminary test manual*. University of South Florida: Tampa: Center for Research in Behavioral Medicine and Health Psychology.
- Storek, J., Wells, D., Dawson, M., Storer, B. y Maloney, D. (2001). Factors influencing B lymphopoiesis after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Blood*, 98, 489-491.
- Surman, O. (1989). Psychiatric aspects of organ transplantation. *American Journal of Psychiatry*, 8, 972-982.
- Syrjala, K., Chapko, M., Vitaliano, P., Cummings, C. y Sullivan, K. (1993). Recovery after allogeneic marrow transplantation: prospective study of predictors of long-term physical and psychosocial functioning. *Bone Marrow Transplant*, 11, 319-327.
- Syrjala, K., Cummings, C. y Donaldson, G. (1992). Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain*, 48, 137-146.

- Terry, D., Mayocchi, L. y Hynes, G. (1996). Depressive symptomatology in new mothers: A stress and coping perspective. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 220-231.
- Tschuschke, V., Hertenstein, B., Arnold, R., Bunjes, D., Dezingler, R. y Kaechele, H. (2001). Association between coping and survival time of adult leukemia patients receiving allogeneic bone marrow transplantation: results of a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research, 50*, 277-285.
- Zeidner, M. y Hammer, A. (1992). Coping with missile attack: Resources, strategies and outcomes. *Journal of Personality, 60*, 709-746.
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.

## **Capítulo IX:**

### **Discusión general. Limitaciones e implicaciones terapéuticas**

## 1. DISCUSIÓN GENERAL

### 1.1. Elaboración y validación de instrumentos

Uno de los objetivos de nuestro trabajo ha consistido en la elaboración de dos instrumentos de evaluación. Uno de ellos para la valoración del nivel de apoyo social en población general (AS-25), y el otro destinado a determinar el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente oncológico (ISEAC). El primero de ellos, la Escala de Apoyo Social AS-25, se validó en un estudio con una muestra universitaria de 107 estudiantes. Los resultados han reflejado una buena fiabilidad, con una consistencia interna de  $\alpha = 0,87$  y una fiabilidad a través del procedimiento de las dos mitades de 0,86. También ha mostrado una considerable validez convergente, dada la correlación obtenida con la Escala de Apoyo Social SS-A (Vaux y cols., 1986) de  $r = 0,746$ . Por último, el instrumento muestra una aceptable validez predictiva, como indican las asociaciones positivas obtenidas con medidas de calidad de vida (Cuestionario de Calidad de Vida SF-36) y optimismo disposicional (Test de Orientación Vital, LOT-R), y negativas con medidas de ansiedad, depresión (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, HAD) y estrés percibido (Escala de Eventos Vitales, ESVE-R). También la escala ha sido analizada factorialmente, obteniéndose 4 factores que explican el 51% de la varianza total: Intereses comunes, Valoración personal y social, Consejo y guía y Apoyo instrumental. De todo ello podemos concluir que el instrumento ha demostrado su utilidad para la medida del apoyo social. Esta variable se ha relacionado considerablemente con los estados emocionales positivos, las respuestas psicofisiológicas y neuroendocrinas frente al estrés, los patrones inmunológicos más óptimos, además de los comportamientos y hábitos de vida más saludables (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002). Por ello, su correcta medición en la población en general es una necesidad primordial en las intervenciones destinadas a la promoción de la salud de aquellos profesionales e investigadores comprometidos con un enfoque multidisciplinar de la misma.

El otro instrumento elaborado, el Inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en enfermos de cáncer (ISEAC), tiene el objetivo de evaluar el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas en situaciones estresantes específicas del padecimiento de la enfermedad oncológica. El instrumento ha sido validado en una muestra de

78 pacientes entrevistados individualmente, evaluándose la validez predictiva del instrumento a través de su asociación con los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida. De los resultados obtenidos, es posible destacar por ejemplo las situaciones estresantes principales que el paciente suele señalar, agrupándose éstas en: emociones negativas (referidas al malestar emocional), apoyo social (referido al malestar procedente del apoyo recibido durante la enfermedad), preocupación por el tratamiento (además de las molestias secundarias que puede generar), temor por el pronóstico y afectación del área funcional (es decir, la incapacidad que produce la enfermedad en la vida del enfermo). Las situaciones más frecuentemente señaladas por los pacientes como generadoras de malestar fueron las emociones negativas, seguidas del temor por el pronóstico y la preocupación por el tratamiento. Otros autores coinciden en señalar que el temor por el pronóstico, el empeoramiento de la enfermedad y las consecuencias que esto conlleva son las principales preocupaciones recogidas, junto con aquellas relacionadas con la muerte (abandonar pertenencias y seres queridos, perder el control de la propia vida, dejar compromisos sin resolver, perder la dignidad personal y física, convertirse en una carga para los demás, etc.) (Martin y cols., 2007). El ítem del ISEAC que se asocia con un mayor estrés experimentado por el paciente es la "preocupación por el malestar de los familiares". Ello indica la importancia de la comunicación y el soporte social vinculado al enfermo. Un buen soporte y apoyo psicosocial en pacientes con cáncer puede ser particularmente útil en la prevención de trastornos psiquiátricos como la ansiedad o la depresión (Montoya, 1999).

En relación a la validez predictiva del instrumento, destaca la clara relación entre el inventario y las medidas de ansiedad, depresión y calidad de vida. De manera que la puntuación total de estrés extraída del ISEAC se asocia positivamente a los niveles de ansiedad y depresión y negativamente a la calidad de vida, en sus áreas física y mental. De hecho, las situaciones más estresantes que predicen las diferentes áreas de la calidad de vida además del estado anímico son las emociones negativas y las situaciones referidas al apoyo social. Este resultado apunta a la asociación ya observada entre estrés y calidad de vida en estudios previos, reflejando cómo el nivel de estrés se relaciona inversamente con la adaptación a la enfermedad (Holahan y Moos, 1987) y el efecto de las enfermedades crónicas en los diferentes aspectos de la vida del paciente (Barroilinfoma de Hodgkinet, Forjaz y Garrido, 2005). Respecto a las estrategias de afrontamiento más asociadas con el funcionamiento y el estado emocional, destaca el estoicismo y la relajación. Ambas estrategias se relacionan con una menor calidad de vida, pero también un

menor nivel de ansiedad. Otras estrategias como la no utilización de ningún mecanismo, la evitación o la distracción cognitiva están relacionadas en nuestro estudio con la menor calidad de vida, además de con el mayor malestar anímico.

La distinción entre pacientes con altos niveles de ansiedad y depresión observada en este estudio permite afirmar que los pacientes con ansiedad elevada utilizan más el estoicismo, la catarsis, la relajación, la redefinición de la situación y menos la acción directa, mientras que los pacientes deprimidos utilizan más el estoicismo y la relajación. Algunos autores han relacionado las estrategias de afrontamiento utilizadas por los enfermos y el pesimismo u optimismo reflejado por los mismos, observándose que estrategias pasivas como la negación o la evitación serían típicas de los pesimistas (Stanton y Zinder, 1993; Classen, Koopman, Angell y Spiegel, 1996), que además tenderían a mostrar más afectividad negativa (Simón, 1999).

La evidencia de este estudio nos permite afirmar que el instrumento presentado puede ser de utilidad para detectar las áreas de mayor preocupación y estrés en el paciente de cáncer, así como las estrategias de afrontamiento utilizadas. Extraer esta información puede resultar útil para determinar los objetivos específicos de la intervención psicológica destinada al enfermo de cáncer.

## **1.2. Apoyo social y pronóstico de la enfermedad oncológica**

El apoyo social es un generador de beneficios generales para la salud, y como muestran estudios previos, ejerce un efecto modulador positivo sobre algunos factores implicados en el curso y pronóstico del cáncer (Cohen y Wills, 1985; House y cols., 1988; Levine, Coe y Wiener, 1989; Cohen, 1988; House, Landis y Umberson, 1988; Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002). En nuestro estudio hemos encontrado que este efecto positivo del apoyo social sobre el cáncer está mediado por la disminución de las situaciones estresantes durante la enfermedad, el enfrentamiento más positivo ante las situaciones de crisis, la protección sobre el estado de ánimo del paciente, y por último, la disminución de los niveles de cortisol, cuya elevación constante se asocia a un empeoramiento del grado tumoral debido a la función inmunosupresora del mismo (McEwen, 1998).

En nuestra muestra el apoyo social se ha asociado negativamente al nivel de depresión, lo que refleja su impacto sobre el estado anímico general del paciente. Respecto a su relación con el estilo de afrontamiento utilizado por el enfermo, el apoyo social parece asociarse a la utilización de la catarsis, lo que se traduce en una descarga física y/o emocional frente a las situaciones estresantes, no ocurriendo esto con estrategias como la aceptación estoica, que parece disminuir con el aumento del apoyo social. Este resultado refleja nuevamente el efecto protector del apoyo social en relación a la salud, ya que resultados anteriores muestran que la aceptación estoica suele ser un mecanismo ampliamente utilizado por enfermos oncológicos, formando parte de patrones conductuales tales como la evitación emocional, característica asociada a la recurrencia y peor evolución de la enfermedad (Contrada, Leventhal y O'Leary, 1990).

Respecto a la relación con la calidad de vida y el pronóstico del paciente, el apoyo social aparece vinculado con un mejor rol emocional, mejorando de forma considerable el nivel de calidad de vida general. Además, la estrategia de catarsis, favorecida por el aumento del apoyo social, está asociada a los pronósticos más positivos del estudio. También destaca la relación encontrada entre el nivel de apoyo social y el de cortisol en saliva, ya que los menores niveles de apoyo social están relacionados con un nivel de cortisol elevado. Estos resultados están de acuerdo con estudios previos que han encontrado cómo los altos niveles de cortisol tienen un efecto negativo sobre la evolución del cáncer, y que parte de los efectos positivos del apoyo social sobre esta enfermedad podrían ser explicados por su efecto reductor sobre el cortisol (Gatti y cols., 1993; Kronfol y cols., 1997).

Por último, el apoyo social explicaría el 50% de la varianza del pronóstico establecido por el juicio de un oncólogo experto, y además, permitiría clasificar el pronóstico con una eficacia global del 77,8%. En resumen, el efecto positivo del apoyo social podría disminuir el impacto emocional del estrés, a través de su modulación en las respuestas fisiológicas, neuroendocrinas e inmunes que se activan ante las situaciones de crisis, lo que podría proteger al individuo contra nuevas recaídas en la enfermedad.

En relación a los mecanismos de afrontamiento recogidos por la muestra objeto de estudio, la distracción cognitiva es la estrategia mayormente utilizada, seguida de la evitación de las

situaciones estresantes y el estoicismo, siendo las estrategias menos utilizadas la negación, el deseo irracional y la catarsis. Según determinados estudios, la estrategia de distracción cognitiva parece ser más útil en las fases más agudas de la enfermedad para reducir la ansiedad (Montoya, 1999; Hutton y Williams, 2001) o el dolor agudo (Nicholas y Veach, 2000). Por otro lado, estrategias como el deseo irracional o la relajación, según estos últimos autores, son estrategias que carecen de eficacia a la hora de favorecer la adaptación psicológica a la enfermedad.

### **1.3. Variables psicosociales en la predicción de la calidad de vida, estado emocional y pronóstico del cáncer hematológico**

En cuanto al estudio referente a los niveles de las diferentes variables psicosociales y su relación con la calidad de vida, pronóstico y curso de la enfermedad hematológica, es posible extraer diferentes conclusiones:

- En relación a la evaluación del nivel de las variables psicosociales evaluadas, los niveles de ansiedad recogidos en la muestra objeto de estudio superan a los de depresión, suponiendo el 49,4% los casos de ansiedad clínicamente significativa frente a los 30,4% de los casos de depresión. En el grupo de mujeres, los niveles de depresión son superiores que en el grupo de varones. El evento vital más informado por la muestra es la pérdida de personas significativas, independientemente del sexo. Sin embargo, las mujeres informan de un mayor número de pérdidas. La situación más estresante señalada por nuestros pacientes ha sido la experiencia de emociones negativas en el proceso de la enfermedad, lo que incluye los sentimientos de tristeza, ansiedad, soledad, etc. Las otras situaciones señaladas son el temor por el pronóstico y la preocupación por los efectos agresivos asociados al tratamiento. Respecto al nivel de estrés que generan las situaciones asociadas al padecimiento del cáncer, para el grupo de mujeres, las dificultades sociales relacionadas con el proceso de la enfermedad generan más malestar que en el grupo de hombres, esto también ocurre con la preocupación por el tratamiento. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra son la distracción cognitiva, la evitación y el estoicismo. Como dato significativo,

el grupo de mujeres tiende a utilizar más frecuentemente la estrategia de catarsis y acción directa. Todos los componentes de la calidad de vida para nuestra muestra quedan muy por debajo de la media normalizada, siendo el área emocional la más afectada en nuestra muestra y la vitalidad la que, a pesar de su reducción, mejor se mantiene.

- Al realizar los análisis estadísticos destinados a la predicción del nivel de calidad de vida, se observa que la depresión es uno de los factores más destacables en relación a la mayoría de componentes de la calidad de vida, determinando la salud general, la función física, la salud mental y la escala global mental. El estrés experimentado a lo largo de la enfermedad predice el nivel de dolor. El apoyo social es el factor más predictivo para la evaluación de la salud, la vitalidad y la escala física. La estrategia de afrontamiento del estoicismo es el principal predictor del rol físico y del rol emocional. En el grupo de hombres, destacan algunas estrategias de afrontamiento relacionadas con una peor calidad de vida. Por ejemplo, la estrategia de la catarsis destaca como la principal variable predictora del rol físico, la relajación del rol emocional y el estoicismo de la función social. El nivel de estrés asociado a la experiencia de emociones negativas predice el aumento del dolor. Los estados anímicos como la ansiedad se asocian a una peor salud mental, siendo el optimismo la principal variable predictora del área física de la calidad de vida. Respecto a las mujeres, la estrategia de afrontamiento de la distracción cognitiva predice el área física de la calidad de vida mientras que en el grupo de hombres es el apoyo social. Por último, la necesidad de armonía es la variable que predice el funcionamiento mental en las mujeres mientras que en los hombres es la ansiedad.

- En la predicción del estado emocional, los datos reflejan que en la muestra general, el optimismo, la búsqueda de apoyo emocional y la estrategia del estoicismo, son las variables que predicen la ansiedad y la depresión. Sin embargo, mientras que el optimismo facilita la disminución de los estados emocionales negativos, las dos estrategias de afrontamiento mencionadas favorecen el aumento del nivel de ansiedad y depresión. En el grupo de hombres, la relajación es la principal variable predictora de la ansiedad, seguida del nivel de estrés total sufrido en las situaciones relacionadas con la

enfermedad. En el caso de la depresión, el optimismo es la principal variable predictora seguida de las estrategias de estoicismo y distracción cognitiva. En el grupo de mujeres, la estrategia de búsqueda de apoyo emocional es el principal factor predictor del nivel de ansiedad, mientras que el optimismo y la necesidad de armonía son las variables que más predicen el nivel de depresión.

- Al predecir las variables biológicas asociadas al progreso de la enfermedad, se observa que en la muestra general las dificultades sociales asociadas a la enfermedad y el nivel de ansiedad predicen de forma considerable tanto el aumento del marcador tumoral como la disminución del nivel de neutrófilos, leucocitos, linfocitos y basófilos. En el grupo de hombres, los resultados son similares a los obtenidos en la muestra general, pero además los estresores relacionados con las dificultades funcionales asociadas a la enfermedad favorecen la disminución del número de monolitos. En las mujeres, el optimismo es determinante para favorecer la disminución del marcador tumoral, además el estrés experimentado en relación a la enfermedad también predice la disminución de células inmunitarias, especialmente linfocitos y eosinófilos.

- Por último, los análisis destinados a la predicción del pronóstico reflejan que en la muestra general, la estrategia de catarsis predice un mejor pronóstico. Estos datos son similares a los obtenidos en el grupo de mujeres. En el grupo de los hombres, los estresores asociados a las dificultades funcionales derivadas de la enfermedad predice el peor pronóstico de la enfermedad. 2

#### **1.4. Relación entre variables psicosociales y parámetros asociados al pronóstico del trasplante de médula ósea**

Por último, respecto al estudio realizado con pacientes sometidos a trasplante de médula ósea, los resultados reflejan la relevancia de los mecanismos de afrontamiento en la modulación de los principales indicadores pronósticos. Las variables psicosociales más importantes que determinan el curso del trasplante son la utilización de estrategias de afrontamiento como la redefinición de la situación y la relajación, ya que éstas, junto con el estoicismo y la no utilización de estrategias,

predicen el día de prendimiento, el nivel de hemoglobina y el número de infecciones. Esto quiere decir que el paciente que utiliza la redefinición del problema y la aceptación estoica del mismo “prende” más rápidamente, mientras que la no utilización de estrategias y la relajación facilitan que el número de infecciones padecidas a lo largo del tratamiento sea menor. Como diferencias sexuales importantes, destaca la encontrada en relación al optimismo en el grupo de hombres, frente a la necesidad de armonía en el grupo de mujeres. Ambas variables se asocian a un menor número de infecciones padecidas durante el aislamiento y la hospitalización del enfermo.

## **2. LIMITACIONES E IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS**

Nuestra investigación parte de una perspectiva multidimensional biopsicosocial, donde se asume que la salud y la enfermedad están determinadas por la interacción mutua de diversas variables y que las manifestaciones de la salud y la enfermedad se pueden entender y explicar a diversos niveles de análisis. El procedimiento de estudio de estas sutiles interrelaciones es irremediabilmente complejo.

Quisiéramos comentar algunas de las limitaciones de nuestro estudio. En primer lugar, la heterogeneidad de la muestra utilizada, al considerar varios tipos de cáncer, lo que ha podido dificultar el hallazgo de relaciones significativas. Como propuesta inicial, el linfoma de Hodgkin fue el principal candidato de estudio, por presentar un mejor pronóstico y considerar desde nuestra experiencia que podría ser más influenciado por las variables psicosociales analizadas. Sin embargo, el número total de patologías de Hodgkin tratadas desde el complejo hospitalario de Jaén nos pareció limitado y nos vimos obligados a ampliar la muestra incluyendo otros tipos de cáncer del área hematológica. Para ello buscamos aquellas enfermedades que compartían más elementos de similitud, como son el linfoma no Hodgkin, el mieloma múltiple y la leucemia linfoblástica aguda. La ausencia de un grupo control con el cual comparar los resultados del grupo de pacientes con cáncer es otra deficiencia o limitación del estudio. En la medida de lo posible, la carencia de grupo control, cuando se ha considerado aconsejable, se ha suplido mediante la comparación de los valores obtenidos en nuestra muestra y los informados en otros estudios, ya sea respecto a poblaciones usadas para la baremación de los cuestionarios utilizados o estudios que han incorporado muestras con pacientes de cáncer. Por otro lado, ha sido difícil conseguir la misma cantidad de pacientes del sexo femenino y masculino, además del

mismo número de pacientes afectados del mismo tipo de cáncer, lo que sin duda ha podido influir considerablemente en el nivel de significación de los estadísticos utilizados.

Una dificultad añadida en la consecución de los objetivos propuestos ha sido la recogida de datos referentes a la historia médica del paciente. Dada la gravedad de algunas de las patologías estudiadas y al empeoramiento de las mismas, en numerosas ocasiones la recogida de datos de la historia clínica resultaba complicada al ser ésta trasladada a los centros de salud de las localidades de donde procedían los pacientes o a archivos comunes ante los que se nos dificultó la accesibilidad. Para ello, se llevaron a cabo reuniones y solicitudes con la Dirección del Complejo Hospitalario de Jaén hasta la completa recogida de documentos.

Como justificación, y en defensa de estas limitaciones, cabe decir que el objetivo principal de nuestro estudio ha sido valorar la posibilidad de predecir la calidad de vida y el pronóstico o curso de la enfermedad en una muestra de pacientes con cáncer hematológico a partir de una serie de variables psicosociales, y no la comparación de dichas variables psicosociales entre pacientes con cáncer y sujetos normales. Los resultados aportados por un estudio así planteado permiten disponer de un conocimiento que podría ser utilizado en el futuro en trabajos de intervención para mejorar la calidad de vida o los estados emocionales negativos de estos pacientes.

Finalmente, las principales perspectivas futuras que se pueden derivar de este trabajo se refieren a las implicaciones clínicas de nuestro estudio respecto a la intervención psicológica con estos pacientes, así como posibles diferencias del enfoque de las actuaciones en función del sexo. De esta manera, a partir de los resultados obtenidos en el estudio, es posible orientar el trabajo multidisciplinar con el enfermo de cáncer en varias áreas:

- Ya que los estados emocionales de ansiedad y depresión determinan muy significativamente la calidad de vida del enfermo, por mediación de su adaptación y ajuste al curso de la enfermedad, el paciente debe ser evaluado y valorado tanto por personal médico como por profesionales de la Psicooncología. En este sentido, dados los altos niveles de ansiedad y depresión, sería necesaria una intervención psicológica para reducir este tipo de sintomatología, lo que sin duda afectaría

positivamente al funcionamiento adaptativo y a la calidad de vida. Además, nuestro estudio también refleja que existen una serie de factores que protegen al paciente y que mantienen e incluso mejoran su calidad de vida. Estos factores son el optimismo, el nivel de apoyo social, y ciertas formas de afrontamiento, variables sobre las que se puede intervenir para mejorarlas y, como fin último, mejorar la adaptación a la enfermedad y la calidad de vida del enfermo.

- Existen indicadores inmunológicos, además del marcador tumoral asociado a estas patologías, que son sensibles a las variaciones de algunos parámetros psicosociales (ansiedad, apoyo social, factores de estrés, mecanismos de afrontamiento). Ello sugiere que quizás sería posible mejorar aspectos biológicos relacionados con la enfermedad, e incluso mejorar su pronóstico, a través de una intervención destinada a mejorar estas variables psicosociales.
- Los resultados del estudio muestran que algunas variables como el optimismo o la búsqueda de apoyo emocional determinan e influyen en gran medida el estado emocional del paciente. En este sentido, una de las intervenciones en psicooncología podría ir destinada a reducir el pesimismo y aumentar el soporte emocional de los pacientes, como forma de mejorar el estado anímico de los afectados.
- Respecto a las diferencias de género observadas en relación al padecimiento y afrontamiento de la enfermedad y a los efectos de las variables psicosociales sobre las biológicas, también existen datos relevantes. En el caso de las mujeres, el apoyo social, la búsqueda de apoyo emocional y la necesidad de armonía parecen ser las variables más relevantes. En el caso de los hombres, el optimismo y las estrategias de estoicismo y relajación son las variables más importantes, viéndose menos afectado el funcionamiento inmune de las mujeres por éstas últimas. A partir de estas implicaciones, sería posible establecer grupos terapéuticos de diferente sexo, para intervenir sobre diferentes áreas de tratamiento. En el caso de las mujeres, la consideración de las redes sociales, el manejo de la ansiedad y la preocupación expresada por los familiares y la capacidad para defender sus propias necesidades independientemente de las necesidades de los demás, serían algunos de los objetivos de intervención. En el caso de los hombres, la identificación de ideas

negativas y erróneas respecto a la enfermedad, además del entrenamiento en técnicas de relajación, serían algunos de los fines establecidos para su tratamiento.

- Del último estudio realizado surgen algunas implicaciones de cara al manejo clínico de los pacientes que se han de someter a un trasplante de médula ósea. Hemos encontrado que existen mecanismos de afrontamiento que modulan positivamente la respuesta biológica del paciente al tratamiento. Por ello, creemos que estaría justificada una intervención psicológica destinada a facilitar un afrontamiento más óptimo de la situación experimentada a fin de lograr mejores resultados en el pronóstico de los pacientes.

Para concluir, una vez comentadas las conclusiones que se pueden extraer de la tesis, podemos destacar que tanto la ansiedad como la depresión predicen de forma considerable un peor funcionamiento a nivel de calidad de vida y de proliferación de células inmunitarias frente a la enfermedad. De esta manera, enfatizamos nuevamente que un objetivo fundamental de la intervención en pacientes oncológicos debería ser el manejo de las emociones negativas frente a la enfermedad y de aquellos factores implicados en las mismas. Nos estamos refiriendo a la actuación sobre el optimismo, el nivel de apoyo social y las estrategias de afrontamiento (por ejemplo, la disminución del estoicismo o la distracción cognitiva que parecen empeorar el estado anímico y la potenciación de la redefinición de la situación a fin de mejorarlo). Una vez conocidas las necesidades psicosociales, las relaciones que se establecen entre las distintas variables, y las diferencias de género en relación a la vivencia de la enfermedad, se puede personalizar más la atención dirigida a esta población de enfermos.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### Instrumentos de evaluación

Acepto participar voluntariamente en la investigación “*Variables psicosociales y subpoblaciones linfocitarias en linfomas*”, desempeñada desde el departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Jaén, dirigida por Gustavo A. Reyes del Paso, y realizada por Ángeles Pulgar Buendía con la colaboración de D. Antonio Alcalá.

Fdo. \_\_\_\_\_

**ENTREVISTA E HISTORIA  
CLÍNICA**

**Edad:**

**Sexo:**

**Nivel educativo:**

**Estado civil:**

**Nº de hijos:**

---

1. Indique de forma detallada las distintas enfermedades que ha sufrido a lo largo de su vida

[Empty text box for response to question 1]

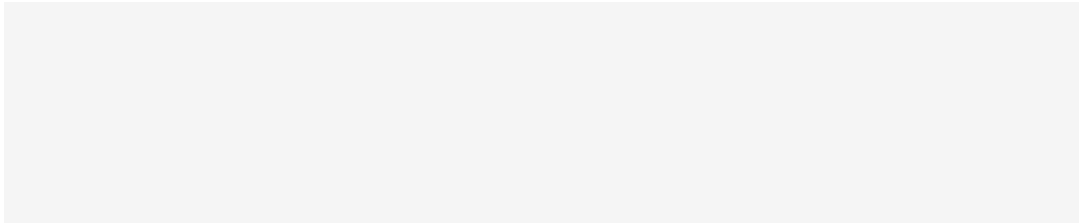
2. Indique cuáles de esas enfermedades es la que le ha perjudicado o le sigue perjudicando más seriamente la salud

[Empty text box for response to question 2]

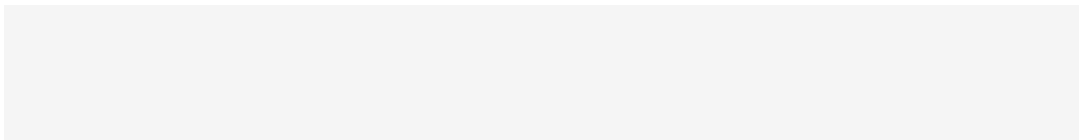
3. Indique cuándo le diagnosticaron dicha enfermedad

[Empty text box for response to question 3]

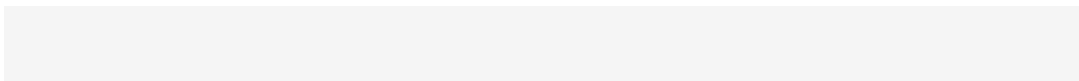
4. Indique detalladamente el tipo de tratamiento que ha seguido para la curación de dicha enfermedad o, al menos, para paliar sus síntomas



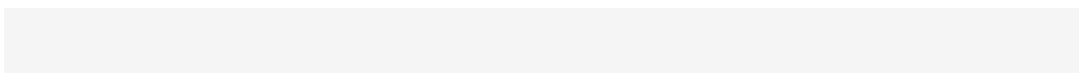
5. Indique si alguno de sus familiares más cercanos ha padecido al igual que usted esa enfermedad o enfermedades más graves



6. ¿Consume alcohol habitualmente?; ¿ha cambiado su hábito tras conocer el diagnóstico de su enfermedad?



7. ¿Es usted fumador?; indique el número de cigarrillos consumidos al día y si este patrón ha variado tras el diagnóstico de la enfermedad



8. ¿Realiza algún tipo de ejercicio físico?; ¿ha cambiado su hábito tras conocer la enfermedad?

9. ¿Suele regular habitualmente su dieta? (por ejemplo, consumiendo menor cantidad de grasas y sal en comparación con la cantidad de proteínas, fibras e hidratos de carbono). ¿Ha cambiado este patrón tras el diagnóstico de la enfermedad?

10. ¿Padece insomnio?; ¿cuánto tarda en quedarse dormido?; ¿cuántas veces se levanta por las noches?; ¿suele despertarse más temprano de lo que acostumbra?; ¿toma medicación para favorecer el sueño?

11. ¿Ha habido algún evento que pueda destacar por su importancia? (por ejemplo, divorcio, muerte del cónyuge, ceremonia familiar, etc.)

## ESCALA DE CONDUCTA

A continuación se le presentarán una serie de enunciados relativos a actitudes y rasgos personales. Lea cada frase con detenimiento y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se comporta usted en la mayoría de las ocasiones (0 = Casi nunca; 1 = A veces; 2 = A menudo; 3 = Casi siempre).

Procure no pensar demasiado sus contestaciones, y una vez comprendido el significado de cada frase, elija la primera opción que haya pensado, sin revisarla posteriormente. Si se equivoca, tache con una cruz, y rodee con un círculo la otra opción.

|    |   |  |
|----|---|--|
| 1  | Trato de hacer lo que es razonable y lógico   |  |
| 2  | Trato de entender a la gente y su conducta  |  |
| 3  | Con el fin de lograr relaciones armoniosas, acepto dificultades e ignoro mis propias necesidades                        |  |
| 4  | Mi meta en la vida es vivir para mi familia y mis íntimos amigos, sin pedir nada a cambio                               |  |
| 5  | En mis relaciones con otros, intento actuar razonablemente  |  |
| 6  | Estoy dispuesto a ayudar a la gente, me ocupo incluso de sus pequeños problemas   |  |
| 7  | Uso la inteligencia y la razón para superar los conflictos y desacuerdos con la gente                                   |  |
| 8  | Con mis mejores amigos pretendo tener solo relaciones armoniosas  |  |
| 9  | Cuando me encuentro en una situación en la que estoy en desacuerdo con otras personas, intento no mostrar mis emociones |  |
| 10 | Cuando me siento implicado con alguien, hago cualquier cosa para hacerle feliz  |  |
| 11 | Si alguien hiere profundamente mis sentimientos, sigo intentando tratarle razonablemente y comprender su conducta       |  |
| 12 | Estoy dispuesto a hacer sacrificios para mantener relaciones agradables con las personas que quiero                     |  |
| 13 | Intento entender a los otros aunque me disgusten  |  |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 14 | Haría cualquier cosa para mantener relaciones armoniosas con las personas que me importan  |  |
| 15 | Tengo éxito en evitar polémicas con la gente utilizando la razón y la lógica (frecuentemente, contrariamente a mis sentimientos).                        |  |
| 16 | Cuando no puedo estar con mis amigos íntimos, me gusta hablar con ellos por teléfono   |  |
| 17 | Si alguien actúa en contra de mis deseos y necesidades continúo tratando de comprenderle   |  |
| 18 | Para mí es muy importante hacer felices a las personas que quiero  |  |
| 19 | En la mayor parte de las situaciones de la vida mi manera de actuar es razonable y lógica y no está influida por mis emociones                           |  |
| 20 | Cuando existe un conflicto entre mis propias necesidades y alguien importante que quiero, soy capaz de renunciar a mis propias necesidades para ayudarle |  |
| 21 | Si alguien hiere profundamente mis sentimientos, puedo atacarle o responder de forma totalmente emocional  |  |
| 22 | Me siento responsable de que mis relaciones con otros transcurran tan plácidamente como sea posible  |  |
| 23 | El uso de la razón y de la lógica me ayuda a no atacar a otros, incluso aunque tenga buenas razones para ello  |  |
| 24 | Es importante para mí llevarme bien con la gente que quiero  |  |

## ESCALA DE APOYO SOCIAL AS-25

1.- *Muy en desacuerdo*

2.- *En desacuerdo*

3.- *De acuerdo*

4.- *Muy de acuerdo*

- 
1. Hay gente con la que puedo contar si yo realmente lo necesito ( )
  2. Creo que no tengo relaciones personales estrechas con otras personas ( )
  3. No hay nadie a quien pueda recurrir para guiarme en situaciones de estrés o tensión ( )
  4. Hay gente que disfruta con las mismas actividades sociales que yo ( )
  5. La gente me considera competente ( )
  6. Me siento parte de un grupo que comparte mis posturas y opiniones ( )
  7. Considero que la gente no aprecia mis capacidades y habilidades ( )
  8. Si algo fuera mal, nadie vendría a ayudarme ( )
  9. Tengo relaciones estrechas que me dan una seguridad emocional y bienestar ( )
  10. Hay alguien con quien puedo hablar sobre importantes decisiones en mi vida ( )
  11. Tengo relaciones en las que son reconocidas mis capacidades y habilidades ( )
  12. No hay nadie que comparta mis intereses y mis preocupaciones ( )
  13. Tengo a alguien de confianza a quien podría recurrir para que me aconsejara si tengo problemas ( )

14. Tengo un fuerte vínculo emocional con al menos una persona ( )
15. No hay nadie con quien pueda contar si realmente lo necesito ( )
16. No hay nadie con quien me sienta cómodo hablando sobre problemas( )
17. Hay personas que admiran mis talentos y habilidades ( )
18. Carezco de un sentimiento de intimidad con otra persona ( )
19. No hay nadie a quien le guste hacer lo que yo hago ( )
20. Hay gente con quien puedo contar en una situación de emergencia ( )
21. Conozco a alguien que me podría prestar 120 euros (20.000 pts.) ( )  
para ayudarme
22. Hay gente con la que me relaciono regularmente ( )
23. Conozco a alguien que me llevaría la comida a mi habitación ( )  
o a mi piso si estuviera enfermo
24. Si decido ir al cine hoy o mañana podría fácilmente encontrar ( )  
alguien que fuera conmigo
25. Si lo necesitara, mi familia u otras personas me ayudarían de ( )  
forma continua con un apoyo financiero de base

## INVENTARIO DE ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER (ISEAC)

*A continuación se plantean una serie de situaciones a las que frecuentemente se enfrentan los enfermos de cáncer. En su caso, algunas de éstas puede que estén presentes, y otras puede que no. A medida que le vaya planteando cada una de ellas quiero que me diga si en la actualidad está presente y si le produce algún malestar. De ser así, en qué grado:*

*0 = No presente/Nada de malestar*

*1 = Algo de malestar*

*2 = Bastante malestar*

*3 = Mucho malestar*

---

1. ¿Hay momentos en que se siente alterado, inquieto o irritable?

2. ¿Hay momentos en que se encuentra apático, aislado, sin ganas de hacer nada?

3. ¿Tiene la sensación de no tener a nadie a quien le pueda contar cómo se siente, con quien pueda descargarse emocionalmente?

4. ¿Se siente triste, sin ganas de hacer nada y sin ilusión?

5. ¿Le preocupa la posibilidad de una intervención quirúrgica?

6. ¿Le resultan adversos los efectos de la quimioterapia?

7. ¿Le causa preocupación las posibles recaídas de su enfermedad?

8. ¿Hay momentos en que teme la aparición de metástasis?

9. ¿Le afecta emocionalmente la larga estancia en el hospital?

10. ¿Sufre en algunos momentos el sentimiento de soledad?

11. ¿Le preocupa el malestar de los familiares que ven el curso de su enfermedad?

12. ¿Se siente afectado por la incapacidad de llevar a cabo obligaciones de la vida diaria?

13. ¿Le causa inquietud la dificultad en la crianza de los hijos o la consolidación de la relación de pareja?

14. ¿Teme la pérdida de un órgano o función?

15. ¿Teme la posibilidad de muerte?

## TEST DE ORIENTACIÓN VITAL (LOT)

Indica el grado de acuerdo con cada una de las siguientes premisas

1.- Totalmente de acuerdo

2.- De acuerdo

3.- Neutral

4.- En desacuerdo

5.- Totalmente en desacuerdo

---

|   |   |  |
|---|---|--|
| 1 | Siempre soy optimista respecto al futuro          |  |
| 2 | Pocas veces espero lo mejor                       |  |
| 3 | Siempre veo el lado bueno de las cosas            |  |
| 4 | Si algo puede ir mal para mí, irá mal             |  |
| 5 | Para mí es fácil relajarme                        |  |
| 6 | Casi nunca espero que las cosas vayan a mi manera |  |
| 7 | Me divierto mucho con mis amigos                  |  |
| 8 | Es importante para mí estar ocupado               |  |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 9  | Raramente confío en que me ocurran cosas buenas        |  |
| 10 | Creo firmemente que "no hay bien que por mal no venga" |  |
| 11 | No suelo enfadarme fácilmente                          |  |
| 12 | Las cosas nunca salen como yo deseo                    |  |

## CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

*Instrucciones:* Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

|           |   |
|-----------|---|
| Excelente | 1 |
| Muy buena | 2 |
| Buena     | 3 |
| Regular   | 4 |
| Mala      | 5 |

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Mucho mejor ahora que hace un año | 1 |
| Algo mejor ahora que hace un año  | 2 |
| Más o menos igual que hace un año | 3 |
| Algo peor ahora que hace un año   | 4 |
| Mucho peor ahora que hace un año  | 5 |

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

| <i>Actividades</i>   | <i>Sí, me limita mucho</i> | <i>Sí, me limita un poco</i> | <i>No me limita</i> |
|--|----------------------------|------------------------------|---------------------|
| a. <i>Esfuerzos intensos</i> (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)            | 1                          | 2                            | 3                   |
| b. <i>Esfuerzos moderados</i> (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora) | 1                          | 2                            | 3                   |
| c. Coger o llevar la bolsa de la compra  | 1                          | 2                            | 3                   |
| d. Subir <i>varios</i> pisos por la escalera   | 1                          | 2                            | 3                   |
| e. Subir <i>un solo</i> piso por la escalera   | 1                          | 2                            | 3                   |
| f. Agacharse o arrodillarse  | 1                          | 2                            | 3                   |
| g. Caminar <i>1 km o más</i>   | 1                          | 2                            | 3                   |
| h. Caminar <i>varias manzanas</i> (varios centenares de metros)  | 1                          | 2                            | 3                   |
| i. Caminar <i>una sola manzana</i> (unos 100 metros)   | 1                          | 2                            | 3                   |
| j. Bañarse o vestirse por sí mismo   | 1                          | 2                            | 3                   |

4. Durante las *4 últimas semanas* ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de su salud física*?

|  | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
|--|-----------|-----------|
| a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?                         | 1         | 2         |
| b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?  | 1         | 2         |
| c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?                          | 1         | 2         |
| d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)? | 1         | 2         |

5. Durante las *4 últimas semanas* ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de algún problema emocional* (estar triste, deprimido o nervioso)?

|  | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
|--|-----------|-----------|
| a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <i>por algún problema emocional</i> ?       | 1         | 2         |
| b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, <i>por algún problema emocional</i> ?  | 1         | 2         |
| c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, <i>por algún problema emocional</i> ? | 1         | 2         |

|  |                          |                        |                     |                       |                         |              |
|--|--------------------------|------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|--------------|
| 6. Durante <i>las 4 últimas semanas</i> , ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?   |                          |                        |                     |                       |                         |              |
| Nada   | 1                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Un poco  | 2                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Regular  | 3                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Bastante   | 4                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Mucho  | 5                        |                        |                     |                       |                         |              |
| 7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante <i>las 4 últimas semanas</i> ?   |                          |                        |                     |                       |                         |              |
| No, ninguno  | 1                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Sí, muy poco   | 2                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Sí, un poco  | 3                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Sí, moderado   | 4                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Sí, mucho  | 5                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Sí, muchísimo  | 6                        |                        |                     |                       |                         |              |
| 8. Durante <i>las 4 últimas semanas</i> , ¿hasta qué punto <i>el dolor</i> le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?  |                          |                        |                     |                       |                         |              |
| Nada   | 1                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Un poco  | 2                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Regular  | 3                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Bastante   | 4                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Mucho  | 5                        |                        |                     |                       |                         |              |
| 9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante <i>las 4 últimas semanas</i> . En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante <i>las 4 últimas semanas</i> , ¿cuánto tiempo... |                          |                        |                     |                       |                         |              |
|  | <i>Siempre</i>           | <i>Casi siempre</i>    | <i>Muchas veces</i> | <i>Algunas veces</i>  | <i>Sólo alguna vez</i>  | <i>Nunca</i> |
| a. ...se sintió lleno de vitalidad?  | 1                        | 2                      | 3                   | 4                     | 5                       | 6            |
| b. ...estuvo muy nervioso?   | 1                        | 2                      | 3                   | 4                     | 5                       | 6            |
| c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?  | 1                        | 2                      | 3                   | 4                     | 5                       | 6            |
| d. ...se sintió calmado y tranquilo?   | 1                        | 2                      | 3                   | 4                     | 5                       | 6            |
| e. ...tuvo mucha energía?  | 1                        | 2                      | 3                   | 4                     | 5                       | 6            |
| f. ...se sintió desanimado y triste?   | 1                        | 2                      | 3                   | 4                     | 5                       | 6            |
| g. ...se sintió agotado?   | 1                        | 2                      | 3                   | 4                     | 5                       | 6            |
| h. ...se sintió feliz?   | 1                        | 2                      | 3                   | 4                     | 5                       | 6            |
| i. ...se sintió cansado?   | 1                        | 2                      | 3                   | 4                     | 5                       | 6            |
| 10. Durante <i>las 4 últimas semanas</i> , ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?   |                          |                        |                     |                       |                         |              |
| Siempre  | 1                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Casi siempre   | 2                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Algunas veces  | 3                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Sólo algunas veces   | 4                        |                        |                     |                       |                         |              |
| Nunca  | 5                        |                        |                     |                       |                         |              |
| 11. Por favor, diga si le parece <i>cierta</i> o <i>falsa</i> cada una de las siguientes frases:   |                          |                        |                     |                       |                         |              |
|  | <i>Totalmente cierta</i> | <i>Bastante cierta</i> | <i>No lo sé</i>     | <i>Bastante falsa</i> | <i>Totalmente falsa</i> |              |
| a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas   | 1                        | 2                      | 3                   | 4                     | 5                       |              |
| b. Estoy tan sano como cualquiera  | 1                        | 2                      | 3                   | 4                     | 5                       |              |
| c. Creo que mi salud va a empeorar   | 1                        | 2                      | 3                   | 4                     | 5                       |              |
| d. Mi salud es excelente   | 1                        | 2                      | 3                   | 4                     | 5                       |              |

**ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)**

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

---

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

---

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

---

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

---

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

---

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

---

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

---

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

---

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

---

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuidó como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuidó como debiera
0. Me cuidó como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

## ESVE-R

A continuación se presenta una lista de sucesos vitales que debe leer detenidamente. Su tarea consistirá, en primer lugar, en indicar (marcando una X en el cuadrante de la izquierda) cuáles de estos eventos le han ocurrido en el último año. En el supuesto caso de que haya experimentado el suceso en varias ocasiones durante este periodo, señálelo anteponiendo a la X el número de veces (por ejemplo, si en este último año ha cambiado dos veces de trabajo = 2X). Posteriormente, tendrá que cuantificar los sucesos vividos en el último año en una escala de 0 a 100 (en el cuadrante de la derecha), según le hayan parecido más o menos estresantes, considerando que cuanto mayor sea la cifra asignada a ese evento, mayor habrá sido el malestar supuestamente producido por el mismo. Dicha intensidad del estrés hará siempre referencia al grado de desajuste que ha provocado en su vida tal acontecimiento, y, por tanto, al mayor o menor esfuerzo que ha tenido que realizar para adaptarse a esa nueva situación. Por favor, asegúrese de que no deja ningún enunciado sin contestar.

1. Muerte de un padre
2. Accidente o enfermedad graves
3. Disputa severa con los padres
4. Comenzar los estudios en la universidad
5. Mudarse de casa
6. Suspender un examen de forma injustificada
7. Suspender varias asignaturas
8. Violaciones menores de la ley (p.ej., multa por exceso de velocidad)
9. Buscar ayuda psicológica o psiquiátrica
10. Irse de vacaciones solo o con los amigos
11. Embarazo (también si usted es el padre)
12. Accidente de coche sin consecuencias graves
13. Pensar seriamente en dejar la universidad
14. Conseguir el propio coche
15. Ser encarcelado
16. Mudarse de ciudad con los padres
17. Irse de vacaciones con los padres
18. Iniciar una nueva relación de pareja
19. Suspender una asignatura
20. Encontrar un empleo de media jornada

21. Problemas en las relaciones sexuales con la pareja
22. Problemas graves de salud de uno de sus familiares más allegados
23. Accidente de coche con consecuencias graves (coche destrozado, pasajeros heridos, etc.)
24. Muerte de uno de sus mejores amigos
25. Reuniones familiares
26. Separación o divorcio de los padres
27. Pérdida de un empleo de media jornada
28. Problemas económicos importantes o constantes
29. Discusión severa con el compañero sentimental
30. Uno de los padres pierde su empleo
31. Cambiar de carrera dentro de la misma universidad
32. Perder a un buen amigo
33. Cambiar de trabajo
34. Romper con el compañero sentimental
35. Problemas económicos menores
36. Época de exámenes u oposiciones
37. Emancipación, independencia de la familia
38. Falta de apoyo o traición de los amigos
39. Infidelidad propia o del compañero sentimental
40. Hablar en público
41. Problemas de convivencia con los compañeros de piso
42. Presencia de una persona no deseada en el hogar (tía, abuela, pariente, etc.)
43. Abuso de drogas o alcohol (propia o familiar)
44. Exceso de trabajo

“GRACIAS POR SU COLABORACIÓN”

# SS-A

(Vaux, Phillips, Holly, Thompson, Williams y Stewart, 1986)

*Instrucciones:*

A continuación se presentan una serie de frases que describen modos de sentir y de pensar que pueden presentarse en su relación con familiares, amigos o conocidos. Trace un círculo alrededor del número correspondiente al grado de acuerdo o desacuerdo que usted experimenta con el contenido de cada uno de los ítems, teniendo en cuenta que los números significan:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. De acuerdo
4. Totalmente de acuerdo

|  |         |
|--|---------|
| 1. Mis amigos me respetan              | 1 2 3 4 |
| 2. Mi familia se preocupa mucho por mí | 1 2 3 4 |
| 3. No soy importante para los demás    | 1 2 3 4 |
| 4. Mi familia me aprecia mucho         | 1 2 3 4 |
| 5. Suelo caer bien                     | 1 2 3 4 |
| 6. Puedo contar con mis amigos         | 1 2 3 4 |
| 7. Mi familia me admira                | 1 2 3 4 |
| 8. La gente que me rodea me respeta    | 1 2 3 4 |
| 9. Mi familia me quiere mucho          | 1 2 3 4 |

|   |         |
|---|---------|
| 10. A mis amigos no les preocupa si soy feliz o no                | 1 2 3 4 |
| 11. Los miembros de mi familia confían en mí                      | 1 2 3 4 |
| 12. La gente me aprecia mucho                                     | 1 2 3 4 |
| 13. No puedo contar con el apoyo de mi familia                    | 1 2 3 4 |
| 14. La gente que me rodea me admira                               | 1 2 3 4 |
| 15. Siento que los lazos que me unen a mis amigos son muy fuertes | 1 2 3 4 |
| 16. Mis amigos se preocupan por mí                                | 1 2 3 4 |
| 17. Me siento valorado e importante para los demás                | 1 2 3 4 |
| 18. Mi familia me respeta de verdad                               | 1 2 3 4 |
| 19. Mis amigos y yo somos muy importantes los unos para los otros | 1 2 3 4 |
| 20. Me siento integrado entre la gente                            | 1 2 3 4 |
| 21. Si muriera mañana, muy poca gente me echaría de menos         | 1 2 3 4 |
| 22. No me siento cercano a los miembros de mi familia             | 1 2 3 4 |
| 23. Mis amigos y yo hemos hecho mucho los unos por los otros      | 1 2 3 4 |

## ANEXO II

### Tablas estadísticas

| Situaciones estresantes                 | Salud General | Evaluación de la Salud | Función Física | Rol Físico | Rol Emocional | Función Social | Dolor    | Vitalidad | Salud Mental |
|---|---------------|------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|----------|-----------|--------------|
| Emociones Negativas                     | -0,130        | 0,171                  | -0,292*        | 0,126      | -0,184        | -0,148         | -0,308*  | -0,366**  | -0,493**     |
| Apoyo Social                            | -0,104        | -0,075                 | 0,096          | -0,125     | -0,138        | -0,131         | -0,157   | 0,196     | -0,097       |
| Preocupación por el tratamiento         | -0,162        | 0,185                  | -0,126         | 0,003      | 0,003         | 0,037          | -0,112   | -0,301*   | -0,152       |
| Temor por el pronóstico                 | -0,118        | 0,045                  | -0,285*        | -0,236     | -0,166        | -0,251*        | -0,228   | -0,207    | -0,080       |
| Área funcional                          | -0,189        | 0,099                  | -0,307*        | -0,082     | -0,172        | -0,177         | -0,198   | -0,172    | -0,171       |
| Número total de situaciones estresantes | -0,221        | 0,144                  | -0,317**       | -0,106     | -0,219        | -0,231         | -0,340** | -0,309**  | -0,337**     |

Tabla 1. Correlaciones obtenidas entre las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el nivel de estrés y la Calidad de Vida

| <b>Situaciones estresantes</b>                 | <b>Escala Física</b> | <b>Escala Mental</b> |
|--|----------------------|----------------------|
| <b>Emociones Negativas</b>                     | -0,164               | -0,471**             |
| <b>Apoyo Social</b>                            | 0,136                | -0,011               |
| <b>Preocupación por el tratamiento</b>         | -0,261*              | -0,202               |
| <b>Temor por el pronóstico</b>                 | -0,328**             | -0,202               |
| <b>Área funcional</b>                          | -0,293*              | -0,221               |
| <b>Número total de situaciones estresantes</b> | -0,314**             | -0,385**             |

Tabla 2. Correlaciones obtenidas entre las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el nivel de estrés y las escalas física y mental de la Calidad de Vida

| Situaciones estresantes                 | Salud General | Evaluación de la Salud | Función Física | Rol Físico | Rol Emocional | Función Social | Dolor   | Vitalidad | Salud Mental |
|---|---------------|------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|---------|-----------|--------------|
| Emociones Negativas                     | -0,186        | 0,280                  | -0,283         | 0,009      | -0,254        | -0,340*        | -0,384* | -0,185    | -0,476**     |
| Apoyo Social                            | -0,045        | 0,007                  | 0,035          | -0,215     | -0,099        | -0,343*        | -0,133  | 0,162     | -0,060       |
| Preocupación por el tratamiento         | -0,253        | 0,307                  | -0,193         | -0,006     | -0,057        | -0,183         | -0,144  | -0,276    | -0,206       |
| Temor por el pronóstico                 | -0,060        | 0,404*                 | -0,278         | -0,228     | -0,239        | -0,378*        | -0,065  | -0,259    | -0,092       |
| Área funcional                          | -0,116        | 0,184                  | -0,323*        | 0,154      | -0,144        | -0,276         | -0,044  | -0,038    | -0,248       |
| Número total de situaciones estresantes | -0,205        | 0,406*                 | -0,329*        | -0,132     | -0,269        | -0,490**       | -0,262  | -0,227    | -0,341*      |

Tabla 3. Correlaciones obtenidas entre las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el nivel de estrés y la Calidad de Vida en hombres

| <b>Situaciones estresantes</b>                 | <b>Escala Física</b> | <b>Escala Mental</b> |
|--|----------------------|----------------------|
| <b>Emociones Negativas</b>                     | -0,115               | -0,419**             |
| <b>Apoyo Social</b>                            | 0,126                | -0,035               |
| <b>Preocupación por el tratamiento</b>         | -0,277               | -0,267               |
| <b>Temor por el pronóstico</b>                 | -0,239               | -0,257               |
| <b>Área funcional</b>                          | -0,072               | -0,212               |
| <b>Número total de situaciones estresantes</b> | -,207                | -,396*               |

Tabla 4. Correlaciones obtenidas entre las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el nivel de estrés y las escalas física y mental de la Calidad de Vida en hombres

| Situaciones estresantes                 | Salud General | Evaluación de la Salud | Función Física | Rol Físico | Rol Emocional | Función Social | Dolor   | Vitalidad | Salud Mental |
|---|---------------|------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|---------|-----------|--------------|
| Emociones Negativas                     | 0,012         | 0,143                  | -0,244         | 0,336      | -0,050        | 0,101          | -0,173  | -0,608**  | -0,481**     |
| Apoyo Social                            | -0,264        | -0,244                 | 0,139          | -0,054     | -0,245        | 0,088          | -0,253  | 0,218     | -0,214       |
| Preocupación por el tratamiento         | -0,002        | 0,092                  | 0,011          | 0,039      | 0,105         | 0,304          | -0,050  | -0,325    | -0,053       |
| Temor por el pronóstico                 | -0,169        | -0,298                 | -0,262         | -0,220     | -0,047        | -0,094         | -0,387* | -0,099    | -0,025       |
| Área funcional                          | -0,214        | 0,132                  | -0,242         | -0,219     | -0,150        | -0,062         | -0,262  | -0,268    | -0,040       |
| Número total de situaciones estresantes | -0,199        | -0,082                 | -0,242         | -0,025     | -0,112        | 0,101          | -0,399* | -0,406*   | -0,289       |

Tabla 5. Correlaciones obtenidas entre las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el nivel de estrés y la Calidad de Vida en mujeres

| <b>Situaciones estresantes</b>                 | <b>Escala Física</b> | <b>Escala Mental</b> |
|--|----------------------|----------------------|
| <b>Emociones Negativas</b>                     | -0,157               | -0,507**             |
| <b>Apoyo Social</b>                            | 0,090                | -0,038               |
| <b>Preocupación por el tratamiento</b>         | -0,216               | -0,077               |
| <b>Temor por el pronóstico</b>                 | -0,423*              | -0,085               |
| <b>Área funcional</b>                          | -0,449*              | -0,171               |
| <b>Número total de situaciones estresantes</b> | -,420*               | -,323                |

Tabla 6. Correlaciones obtenidas entre las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el nivel de estrés y las escalas física y mental de la Calidad de Vida en mujeres

| Situaciones estresantes                           | Muestra general |           | Hombres  |           | Mujeres  |           |
|---|-----------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
|   | Ansiedad        | Depresión | Ansiedad | Depresión | Ansiedad | Depresión |
| Emociones negativas                               | 0,253*          | 0,319**   | 0,372*   | 0,420**   | 0,035    | 0,160     |
| Situaciones estresantes referidas al apoyo social | 0,266*          | 0,161     | 0,246    | 0,216     | 0,393*   | 0,213     |
| Preocupación por el tratamiento                   | 0,106           | 0,150     | 0,147    | 0,355*    | 0,019    | -0,081    |
| Temor por el pronóstico                           | 0,147           | 0,190     | 0,245    | 0,075     | -0,019   | 0,260     |
| Área funcional                                    | 0,099           | 0,237     | 0,221    | 0,300     | -0,098   | 0,102     |
| Total de situaciones estresantes                  | 0,290*          | 0,349**   | 0,398*   | 0,410**   | 0,090    | 0,242     |

Tabla 6. Correlaciones obtenidas entre el estado de ánimo y las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad

| Situaciones estresantes         | Estadio | $\beta$ 2microg. | Leucocitos | Neutrófilos | Linfocitos | Monocitos | Basófilos | Eosinófilos | Cortisol |
|---------------------------------|---------|------------------|------------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------|
| Emociones Negativas             | 0,069   | 0,107            | -0,088     | 0,020       | -0,137     | -0,044    | -0,050    | -0,047      | 0,046    |
| Apoyo Social                    | -0,016  | 0,297*           | -0,111     | -0,239*     | 0,018      | -0,073    | -0,029    | -0,018      | 0,223    |
| Preocupación por el tratamiento | 0,152   | 0,206            | -0,029     | 0,129       | -0,143     | -0,003    | 0,026     | 0,121       | -0,180   |
| Temor por el pronóstico         | 0,223   | 0,054            | -0,105     | -0,022      | -0,136     | 0,018     | -0,214    | 0,065       | -0,179   |
| Área Funcional                  | 0,115   | 0,134            | -0,081     | -0,003      | -0,101     | -0,107    | -0,196    | 0,010       | 0,264    |
| Estrés                          | 0,192   | 0,239            | -0,137     | -0,029      | -0,174     | -0,053    | -0,155    | 0,045       | -0,004   |

Tabla 7. Correlaciones entre las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el estrés experimentado y el estadio, el marcador  $\beta$ 2-microglobulina y las subpoblaciones leucocitarias

| Situaciones estresantes          | Estadio | $\beta$ 2microg. | Leucocitos | Neutrófilos | Linfocitos | Monocitos | Basófilos | Eosinófilos | Cortisol |
|----------------------------------|---------|------------------|------------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------|
| Emociones Negativas              | 0,226   | 0,150            | -0,193     | -0,017      | -0,238     | -0,072    | -0,318*   | -0,125      | 0,084    |
| Apoyo Social                     | -0,049  | 0,384*           | -0,088     | -0,259      | 0,062      | -0,190    | 0,106     | -0,125      | 0,192    |
| Preocupación por el tratamiento  | 0,237   | 0,314            | -0,175     | 0,025       | -0,234     | -0,193    | -0,259    | 0,024       | -0,121   |
| Temor por el pronóstico          | 0,422** | 0,100            | -0,213     | -0,070      | -0,219     | -0,240    | -0,202    | -0,103      | -0,228   |
| Área Funcional                   | 0,314   | 0,276            | -0,130     | 0,071       | -0,193     | -0,331*   | -0,238    | -0,141      | 0,311    |
| Total de situaciones estresantes | 0,378*  | 0,349*           | -0,265     | -0,091      | -0,270     | -0,298    | -0,296    | -0,144      | 0,002    |

Tabla 8. Correlaciones entre las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el estrés experimentado y el estadio, el marcador  $\beta$ 2-microglobulina y las subpoblaciones leucocitarias en hombres.

| Situaciones estresantes          | Estadio | $\beta$ 2microg. | Leucocitos | Neutrófilos | Linfocitos | Monocitos | Basófilos | Eosinófilos | Cortisol |
|----------------------------------|---------|------------------|------------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------|
| Emociones Negativas              | -0,089  | 0,043            | 0,176      | 0,140       | 0,171      | 0,059     | 0,288     | 0,146       | 0,034    |
| Apoyo Social                     | 0,003   | 0,024            | -0,228     | -0,264      | -0,171     | 0,010     | -0,232    | 0,118       | 0,246    |
| Preocupación por el tratamiento  | 0,061   | -0,090           | 0,289      | 0,323       | 0,123      | 0,248     | 0,372*    | 0,318       | -0,289   |
| Temor por el pronóstico          | 0,005   | -0,068           | 0,136      | 0,086       | 0,101      | 0,352     | -0,210    | 0,380*      | -0,056   |
| Área Funcional                   | -0,006  | -0,063           | 0,046      | -0,011      | 0,082      | 0,140     | -0,136    | 0,259       | 0,346    |
| Total de situaciones estresantes | -0,015  | -0,053           | 0,177      | 0,126       | 0,131      | 0,304     | 0,040     | 0,434*      | 0,042    |

Tabla 9. Correlaciones entre las situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, el estrés experimentado y el estadio, el marcador  $\beta$ 2-microglobulina y las subpoblaciones leucocitarias en mujeres.