

VALIDACIÓN DE UN INVENTARIO PARA LA MEDIDA DEL ESTRÉS PERCIBIDO Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ENFERMOS DE CÁNCER (ISEAC)

VALIDATION OF AN INVENTORY FOR THE MEASUREMENT OF PERCEIVED STRESS AND COPING STRATEGIES IN CANCER PATIENTS (ISEAC)

M^o Ángeles Pulgar*, Sergio Garrido**, José Antonio Muela*, Gustavo Adolfo Reyes del Paso*

* Departamento de Psicología. Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Jaén

** Asociación Española contra el Cáncer. Sede Provincial de Jaén.

Resumen

Objetivo: El objetivo de esta investigación es presentar un nuevo instrumento (ISEAC) de medida del nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas en las situaciones estresantes específicas relacionadas con la enfermedad del cáncer. El ISEAC evalúa: 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.

Método: La validez predictiva del instrumento se ha evaluado analizando la relación entre las puntuaciones del ISEAC y medidas de ansiedad y depresión (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión) y calidad de vida (Cuestionario de Calidad de Vida SF-36). En el estudio participaron 78 pacientes oncológicos que fueron entrevistados individualmente.

Resultados: Los resultados muestran que el área de mayor preocupación en los pacientes es la referida a la situación de emociones negativas (estado de ánimo irritable, apático y/o triste) y la preocupación por el malestar de los familiares. Las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas son, por este orden, la distracción cognitiva, la evitación y la aceptación estoica de la enfermedad. Tanto la puntuación total en estrés como la derivada de las distintas situaciones estresantes

Abstract

Objective: The aim of this study is to present a new instrument (ISEAC) for the measurement of stress and coping strategies used in the specific stressful situations related to cancer. The ISEAC evaluates: a) the specific stressful situations related to the cancer disease, b) the level of stress-emotional discomfort experienced with regard to these situations, and c) the coping strategies that the patient uses for each of these situations.

Methodology: The predictive validity of the instrument has been evaluated analyzing the relation between the punctuations of the ISEAC and measures of anxiety and depression (The Hospital Anxiety and Depression Scale) and quality of life (Short-Form Health-Survey, SF-36). Seventy-eight cancer patients participated in the study and they were individually interviewed.

Results: The results show that the area of greater worry in the patients is that related to the situation of negative emotions (irritable, apathetic, and/or sad state) and the worry about the discomfort produced by the patient's illness in their relatives. The coping strategies more frequently used are, in this order, cognitive distraction, avoidance and the stoic acceptance of the disease. Both the total stress score as well as the stress in the specific different stressful situations are positively associated to anxiety and depression levels, but negatively

Correspondencia:

M^o Ángeles Pulgar
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
Universidad de Jaén. Paraje Las Lagunillas. 23071 Jaén
E-mail: apulgar@ujaen.es

se asocian positivamente a las puntuaciones en ansiedad y depresión y negativamente a la calidad de vida. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, el estoicismo es el que se relaciona más negativamente con la calidad de vida, mientras que la redefinición de la situación se asocia negativamente a la depresión y positivamente a la función social.

Conclusiones: Los resultados sugieren que el ISEAC puede ser útil en la evaluación psicológica del paciente oncológico y, específicamente, en la detección de áreas concretas (tanto ligadas a situaciones estresantes o el modo de afrontarlas) con necesidad de intervención.

Palabras clave: Cáncer, estrés, estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión, calidad de vida.

related to quality of life indicators. As regards the coping strategies are concerned, stoicism is negatively related to quality of life, whereas the redefinition of the situation is negatively related to depression but positively associated to social functioning.

Conclusions: The results suggest that the ISEAC can be useful in the psychological evaluation of the cancer patients and, specifically, in the detection of specific areas (both related to stressful situations as with the way of coping) with need of intervention.

Key words: Cancer, stress, strategies of confrontation, anxiety, depression, quality of life.

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⁽¹⁾. 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⁽²⁻⁴⁾. De esta forma, el estrés puede considerarse como un relevante factor predisponente y precipitante respecto a un amplio conjunto de trastornos somáticos⁽⁵⁾. 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⁽⁶⁾. Algunos de estos instrumentos han sido adaptados a sectores específicos de la población^(7,8). 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⁽⁹⁾. 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⁽¹⁾. 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⁽¹⁰⁾, 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 y Folkman⁽¹¹⁾ 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:

- 1) 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.
- 2) Una valoración secundaria, en la que analizan las capacidades y recursos del organismo para afrontar la situación.

- 3) 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⁽¹²⁾.

Si los mecanismos de afrontamiento son exitosos pueden reducir significativamente las respuestas de estrés, siendo señalados como importantes reductores del riesgo de trastornos 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^(13,14). 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 influye la vida cotidiana de la persona. En este sentido, la determinación de la calidad de vida está muy influenciada por variables psicosociales⁽¹⁵⁾. 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^(13,16). 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⁽¹⁷⁾. Por ejemplo, la asociación entre optimismo-pesimismo y salud está modulada por los mecanismos de afrontamiento, especialmente la utilización diferencial de la autocrítica⁽¹⁸⁾.

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⁽¹⁹⁾. Además, por las propias características de la enfermedad, se vivencia desde una percepción de incontrolabilidad o indefensión⁽²⁰⁾. 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⁽²¹⁾ y una reacción emocional negativa que irá en aumento al percibir el sujeto que carece de recursos para controlar sus consecuencias^(11,22). De hecho, existe una alta prevalencia de dificultades en la adaptación a la enfermedad oncológica^(23,24). 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⁽²⁵⁾. 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⁽²⁶⁻³²⁾. 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^(33,34). 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⁽³³⁾.

Las principales escalas utilizadas en el estudio de las estrategias de afrontamiento son el COPE⁽³⁴⁾, el *Ways of Coping Checklist*^(10,35), el *Coping Strategies Inventory*⁽³⁶⁾, la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento⁽³⁷⁾, etc. Éstas también han sido algunas de las medidas generales de afrontamiento que suelen utilizarse en el estudio del cáncer⁽³⁸⁾, especialmente de mama^(34,39,40). 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)⁽⁴¹⁾, 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⁽⁴²⁾, el espíritu de lucha⁽⁴³⁾, el fatalismo⁽⁴⁴⁾, 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^(20,40,42,45,46).

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^(19,47-50). El padecimiento de la

depresión es cuatro veces mayor en esta población que en la población general⁽⁵¹⁾. La depresión suele acompañar cada una de las fases patológicas de la enfermedad, por ejemplo, presencia de un tumor no diagnosticado^(47,48,52), biopsia⁽⁵³⁾ y recidivas^(54,55). Respecto a la ansiedad, algunos estudios demuestran su presencia incluso antes de recibirse el diagnóstico^(56,57). 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^(58,59). Diversos estudios muestran que la calidad de vida está muy deteriorada en pacientes depresivos, más incluso que en otras patologías crónicas y severas⁽⁶⁰⁾. 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⁽⁶¹⁾ 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.

MÉTODO

Participantes

En el estudio participaron 78 pacientes, 36 mujeres y 42 hombres, con una media de edad de 58 ± 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.

Medidas

Se utilizaron tres medidas de autoinforme:

- *Inventario de Estrés y Estrategias de Afrontamiento del Cáncer (ISEAC, ver Anexo I)*, instrumento basado en El Inventario de Situaciones Potencialmente

Estresantes en Cuidadores de enfermos de Alzheimer (ISPE)⁽⁶²⁾, 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 ítem referidos al estado de ánimo irritable, apático y/o triste; la situación relacionada con el apoyo social abarca ítem 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 ítem 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.

A través de una entrevista con el paciente, se van recogiendo el número de situaciones estresantes para el enfermo,

Tabla 1. **Estrategias de afrontamiento evaluadas con el inventario ISEAC. Definición y ejemplos.**

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 por que 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"
Estoicismo	Actitud de aceptación, fatalismo e impotencia frente a la situación adversa	"No me queda otra opción. Me agunto"
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 una segunda opinión médica y también utilicé manuales y páginas web de oncología médica, foros y asociaciones de enfermos"

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 ítem 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*; HADS)⁽⁶³⁾. El paciente responde en una escala tipo Likert con alternativas de 0 a 4. Consta de 14 ítem 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^(64,65). Este instrumento presenta dos características que han determinado su elección para nuestro estudio. Por una parte, al no incluir ítem 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⁽⁶⁶⁾ en la versión española del cuestionario⁽⁶⁷⁾. El paciente responde a cuestiones referidas a sus actividades diarias para determinar el impacto de la enfermedad en su vida. Consta de 36 ítem referentes a 8 niveles básicos de funcionamiento:

- (a) 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.
- (b) 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.
- (c) 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.
- (d) 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.
- (e) Vitalidad, como sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- (f) Función Social, evaluada como el grado en el que los problemas de

salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

- (g) 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.
- (h) 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).

Procedimiento

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⁽⁶²⁾ 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.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

En la Tabla 2 se presentan las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en malestar-estrés a los 15 ítem del cuestionario, agrupados según la situación generadora de estrés a la que pertenecen. Las puntuaciones más elevadas corresponden a los ítem 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.

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.

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

Nº de ítem	Ítem	Media	Desviación típica	Situación generadora de estrés	Media	Desviación 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 3. **Frecuencia de utilización de las estrategias de afrontamiento.**

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 4. **Correlaciones entre las distintas estrategias de afrontamiento y la puntuación en estrés en cada situación estresante.**

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

** $p < .001$, * $p < .05$

En la Tabla 5 se presentan las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en ansiedad y depresión según la HADS 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.

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

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

Calidad de Vida	Puntuaciones directas		Puntuaciones normalizadas	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
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
Escala Mental	38,28	11,62	24,93	1,02
Escala Física	47,63	11,64	24,91	1,02

Relación entre las puntuaciones en estrés del 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.

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 ítem del ISEAC y las puntuaciones en ansiedad, depresión y

Tabla 7. **Correlaciones entre el nivel de estrés en cada situación estresante y las puntuaciones en ansiedad, depresión y calidad de vida**

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**

** $p < .001$, * $p < .05$

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 ítem 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).

Relación entre las estrategias de afrontamiento del ISEAC y ansiedad, depresión y calidad de vida

En la Tabla 9 aparecen recogidas las correlaciones entre las distintas estrategias de afrontamiento y las puntuacio-

nes 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.

Como otra forma de valorar la relación entre los estados emocionales y las estrategias de afrontamiento se han

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

Item del ISAC	Ansiedad	Depresión	Escala Mental	Escala Física
item1	0,444**	0,128	-0,455**	-0,298**
item2	0,282*	0,399**	-0,367*	-0,319*
item3	0,002	0,232	-0,274	-0,340*
item4	0,402**	0,482**	-0,488**	-0,390**
item5	0,357*	0,452**	-0,295*	-0,384**
item6	0,225	0,448**	-0,300*	-0,316*
item7	0,285*	0,201	-0,297*	-0,213
item8	0,390**	0,460**	-0,277*	-0,371**
item9	0,016	0,266	0,003	-0,168
item10	0,009	0,334*	-0,209	-0,344*
item11	0,247	0,166	-0,108	0,089
item12	0,165	0,484**	-0,407**	-0,263
item13	0,038	0,077	-0,157	-0,056
item14	0,201	0,343*	-0,317*	-0,171
item15	0,164	0,220	-0,108	-0,118

** p<.001, * p<.05

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

Variables	Estrategias de afrontamiento										
	Ninguna	Distracción cognitiva	Deseo irracional	Evitación	Apoyo emocional	Estoicismo	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	-0,160	-0,050	-0,028	-0,272*	-0,087	-0,412**	0,014	-0,051	-0,284*	-0,069	0,118
Escala Mental	-0,224*	-0,324**	0,240*	-0,209	-0,216	-0,250*	-0,086	-0,118	-0,341**	-0,147	0,174

** p<.001, * p<.05

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.

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⁽²⁰⁾, 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⁽⁶⁸⁾. De la misma for-

ma, 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⁽⁶¹⁾.

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 et al en el 2007⁽⁶⁹⁾ 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 ISAC 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⁽⁷⁰⁾. 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 et al. en el 2003⁽⁷¹⁾ 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⁽⁷²⁾ 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 ítem 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^(73, 74). Este dato también es sugerido por autores que han relacionado la distracción con el dolor. Soriano y Monsalve en el 2005⁽⁷⁵⁾ 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⁽⁷⁶⁾, pero formas ineficaces para manejar circunstancias vitales más duraderas o complicadas⁽⁷⁷⁾.

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⁽⁷⁸⁾ y el efecto de las enfermedades crónicas en varios aspectos de la vida del paciente⁽⁷⁹⁾. 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^(80,81).

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 relaja-

ción 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^(15,45), que además tenderían a mostrar más afectividad negativa⁽⁸²⁾.

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⁽⁴¹⁾. 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⁽¹⁸⁾. 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^(83,84). 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^(85,86).

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^(40,42,45,46).

En consonancia con investigaciones previas^(61,87), 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 resul-

tado 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sandín B, Chorot P. Stress and anxiety: Diagnosis validity of anxiety disorders according to Ufe events stress, ways of coping and physical symptoms. *Psiquis* 1993;14:178-84.
2. Palmero F, Gómez C, Guerrero C. Hostility, psychophysiology and cardiovascular health. *Av Psicol Lat* 2007;25(1):22-43.
3. Sánchez MP, Aparicio ME, Dresch V. Ansiedad, autoestima y satisfacción auto-percibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema* 2006; 18(3):584-90.
4. Ramos V, Rivero R, Piqueras JA. Psiconeuroinmunología: conexiones entre sistema nervoso y sistema inmune. *Suma Psicológica* 2008;15(1):115-142.
5. Aguayo F. El estrés psicosocial como factor predisponente de enfermedad aguda en pacientes de medicina familiar del policlínico central de la Caja Nacional de Salud. *Rev Paceaña Med Fam* 2007;4(6):101-05.
6. Sandín B. El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas. Madrid: Klinik, 1999.

7. Fernández Seara, JL, Mielgo M. Escalas de apreciación del estrés, Madrid: TEA, 1992.
8. Martínez-Correa A, Reyes del Paso GA. Desarrollo y validación de una escala de sucesos vitales para estudiantes universitarios. *Clín Salud* 2003;14(3):281-299.
9. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*, 1967; 11: 213-8.
10. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos, Barcelona: Martínez Roca, 1986.
11. Lazarus S, Folkman RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, Health Status, and psychological symptoms. *J Pers Social Psychol* 1986;50(3):571-9
12. Brosschot JF, Godaert GL, Benschop RJ, Olf M, Ballieux RE, Heijnen, CJ. Experimental stress and immunological reactivity: a closer look at perceived uncontrollability. *Psychosom Med* 1998;60:359-61.
13. Drossman DA. Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosom Med* 1998; 60:258-67.
14. Helgeson VS, Fritz, HL. Cognitive adaptation as a predictor of new coronary Events After Percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Psychosom Med* 1999;61:488-95.
15. Stanton AL, Zinder PR. Coping with breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychol* 1993;12:16-23.
16. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Méd Chile* 2007;135:647-52.
17. Sanjuán P, Magallares A. Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clín Salud* 2007;18 (1): 83-98.
18. Martínez-Correa A, Reyes del Paso GA, García-León A, González, MI. 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* 2006;18:66-72.
19. Cano A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología* 2005; 2(1):71-80.
20. Rodríguez B, Bayón C, Orgaz P, Torres G, Mora F, Castelo B. Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología* 2007;4(1):7-19.
21. Orbell S, Hagger M, Brown V, Tidy J. Appraisal theory and emotional sequelae of first visit to colposcopy amongst women with abnormal cervical smears. *Br J Health Psychol* 2004;9:533-556.
22. Cano-Vindel, A, Miguel-Tobal, JJ. Evaluación de la Ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: el Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad -ISRA. *Psicología Contemporánea* 1999;5.
23. Pinder, KL, Ramirez, E, Richards, MA, Gregory, B. Cognitives responses and psychiatric disorders in women with operable breast cáncer. *Psychooncology* 1994;3:129-137.
24. López-Ibor MI. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *An Med Interna* 2007;24:209-211.
25. Glanz K, Lerman C. Psychosocial impact of breast cáncer. A critical review. *Ann Behav Med* 1992;14:204-112.
26. Temoshok L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys* 1987;6:545-567.
27. Felton B, Revenson T. Age differences in coping with chronic illness. *Psychol Aging* 1987;2:164-170.
28. Rodríguez, MJ, Esteve, R, López, AE. Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema* 2000;12(143):339-345.
29. Cano-Vindel, A, Sirgo, A, Pérez, G. Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad Estrés* 1994;0:101-112.
30. Sirgo A, Pérez G. Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad Estrés* 1994; 0:101-12.

31. Páez MB, Luciano C, Gutiérrez O. Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología* 2007;4(1):75-95.
32. Várela B, Caporale B, Delgado L, Viera M, Galain, A, Schwartzmann L. Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama. *Cienc enfer* 2007;13(2):33-40.
33. Stiebler LV, Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do cancer: um panorama atual. *Rev Bras Cancerol*. 1993;39(2):53-9.
34. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989;53:267-83.
35. Ferrero J, Toledo M, Barreto MP. Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Rev Lat Psicol* 1995;27(1):87-102.
36. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. 1984. New York: Springer.
37. Tobin DL, Holroyd KA Reynolds RV. The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognit Ther Res* 1989;13:343-61.
38. Fernández-Abascal EG. Estilos y estrategias de afrontamiento. En: Fernández-Abascal EG, Palmero F, Chóliz M, Martínez F, editores. Cuaderno de prácticas de motivación y emoción. Madrid: Pirámide, 1997. p.189-206
39. Rivero R, Piqueras JA, Ramos V. Psicología y cáncer. *Suma Psicológica* 2008;15(1):171-98.
40. Dunkel-Schetter C, Folkman S, Lazarus RS. Correlates of social support receipt. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53:71-80.
41. Epping-Jordan JE, Compas BE, Osowiecki DM. Psychological adjustment in breast cancer: process of emotional distress. *Health Psychol* 1999;18:315-26.
42. Moos, RH. Coping Responses Inventory Manual. 1990. California, Center for Health Care Evaluation, Stanford University and Dept. Veterans. Administration Medical Centers.
43. Stanton D, Wilson P, Foreman N, Duffy H. Virtual environments as spatial training aids for children and adults with physical disabilities. 3rd International Conference on Disability, Virtual Reality and Associated Technologies. Sardinia, 2000.
44. Nelson D, Friedman LC, Baer PE, Montague L, Smith FE. Subtypes of psychosocial adjustment to breast cancer. *J Behav Med* 1994;17(2):127-41.
45. Classen C, Koopman C, Angell K, Spiegel D. Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychol* 1996;15:434 -7.
46. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol* 1993;65:375-90.
47. McCaul K, Sandgren AK, King B, O'Donnell S, Branstetter A, Foreman G. Coping and adjustment to breast cancer. *Psychooncology* 1999;8(3):230-36.
48. Morris, T, Greer, S. A "Type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detect Prev*, 1980;3(1). Abstract No. 102.
49. Hughes JE, Royle GT, Buchanan R, Taylor I. Depression and social stress among patients with benign breast disease. *Br J Surg*,1986;73:997-9.
50. Van't-Spijker A, Trijsburg R, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* 1997;59(3):280-93.
51. Morales M, Robles R, Jiménez M, Morales, J. Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. *Salud Pública Méx* 2007;49(4):247-8.
52. Mermelstein HT, Lesko, L. Depression in patients with cancer. *Psychooncology* 1992;1:199-225.

53. Hislop, TG, Waxler, NE, Coldman, AJ, Elwood, JM, Kan, L. The prognostic significance of psychological factors in women with breast cancer. *J Chronic Dis* 1987;40:729-35.
54. Greer S, Morris T. Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *J Psychosom Res* 1975;19:147-53.
55. Hughes JE. Depressive illness and lung cancer. I: Depression before diagnosis. *Clin Oncol* 1985;11(1):15-20.
56. Holland JC. Fears and Abnormal reactions to cancer in physically healthy individuals. En: Holland JC, Rowland JH, editors. *Handbook of Psychooncology*. 1989. New York: Oxford University Press. p. 13-21.
57. Cockburn J, Staples M, Hurley S, De Luise, T. Psychological consequences of screening mammography. *J Med Screening* 1994;1:7-12.
58. Sandin B, Chorot P, Valiente RM, Lostao L, Santed MA. Adverse psychological effects in women attending a second-stage breast cancer screening. *J Psychosom Res* 2002;52:303-9.
59. Sirera R, Sánchez P, Camps C. Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología* 2006; 3(1):35-48.
60. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas* 2005;1(2):125-37.
61. Bonicatto S, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. Pacientes de ambulatorios con depresión: peor calidad de vida que en otras enfermedades médicas en la Argentina. *Soc Sci Med* 2001; 52:911-9.
62. Gaviria AM, Vinaccia S, Riveros MF. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicol Caribe* 2007;20:50-75.
63. Muela JA, Torres CJ, Peláez EM. Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema* 2002; 14(3):558-63.
64. Zimond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-70.
65. Tejero A, Guimera E, Farre JM, Peri JM. Uso clínico del HAD en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc* 1986; 12:233-38.
66. Terol MC, Rodríguez-Marín J, López-Roig S, Martín-Aragón M, Pastor MA. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychometric Properties in a Spanish Sample. 11th Conference of the European Health Psychology Society. Francia, 1997.
67. Stansfeld SA, Bosma H, Hemingway H, Marmot MG. Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II study. *Psychosom Med* 1998; 60(3):247-55.
68. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. *Med Clín* 1995; 104(20):771-6.
69. Pocino M, Luna G, Canelones P, Mendoza A, Romero G, Palacios LE et al. La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007;4(1):59-73.
70. Martín MJ, Matellanes MB, Pérez J. El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre Med* 2007;18(2):108-13.
71. Dakof, GA, Taylor, SE. Victim's perceptions of social support: What is helpful from whom? *J Pers Soc Psychol* 1990;58:80-9.
72. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Cohen, L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psychooncology* 2003;12: 183-93.

73. Montoya D. Importancia del soporte psicosocial para pacientes con cáncer. *Bol Psicol* 1999;1(1).
74. Hutton JM, Williams M. An investigation of psychological distress in patients who have been treated for head and neck cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001;39:333-9.
75. Nicholas DR, Veach TA. The Psychosocial assessment of the adult Cancer patient. *Prof Psychol Res Pract* 2000; 31:206-15.
76. Soriano J, Monsalve V. El afrontamiento del dolor crónico. *Bol Psicol* 2005; 84:91-107.
77. Taylor S, Aspinwall L. Psychological aspects of chronic illness. En: Costa PT, VandenBos GR editors. *Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care*. Washington: American Psychological Association, 1990.p.7-60
78. Holahan CJ, Moos RH. Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *J Abnorm Psychol* 1987;96:3-13.
79. Barroilhet S, Forjaz MJ, Garrido E. Concepts, theories and psychosocial factors in cancer adaptation. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33(6):390-7.
80. Oblitas L. *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson Learning, 2006.
81. Brannon L, Feist J. *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo, 2001.
82. Simón MA. *Tratado de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1999.
83. Schou I, Ekeberg Ø, Ruland CM, Sandvik L, Karesen R. Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psychooncology* 2004; 13:309-20.
84. Temoshok L, Fox BH. Coping styles and other psychosocial factors related to medical status and prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma. En: Fox BH, Newberry BH, editors. *Impact of psychoendocrine systems in cancer and immunity*. Seattle: C.J. Hogrefe, 1984; p.258-287.
85. Bonadonna G, Valagussa P. Dose-response effect of adjuvant chemotherapy in breast cancer. *N Engl J Med* 1981; 304:10-46.
86. Pettingale KW, Philaethis A, Tee DEH, Greer HS. The biological correlates of psychological responses to cancer. *J Psychosom Res* 1981;25:453-8.
87. Pettingale, KW. Towards a psychological model of cancer: Biological considerations. *Soc Sci Med* 1985;20(8):779-87.
88. Lazarus RS. *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2000.