AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER: UNA REVISIÓN EMPÍRICA

López-Roig S, Neipp MC, Pastor MA, Terol MC y Castejón J.
Dpto. Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es revisar el papel del afrontamiento como proceso que interviene en la experiencia del cáncer y que puede determinar los resultados en la salud física y el bienestar psicosocial de los pacientes.

Para ello, partiendo de los modelos que enmarcan el trabajo de investigación sobre afrontamiento y de los datos obtenidos en las últimas décadas, analizamos los estudios empíricos de los últimos cinco años sobre afrontamiento del cáncer y resultados de salud. Podemos concluir que los pacientes utilizan combinaciones de estrategias que tienen que ver con categorías y dimensiones de afrontamiento diferentes, con claras asociaciones a corto plazo con el estado emocional, pero no con el estado emocional a largo plazo. Los resultados son semejantes en cuanto a la calidad de vida, aunque más inconsistentes dado el escaso número de estudios y la heterogeneidad con que se mide esta variable. Por último, los pocos resultados encontrados apoyan más el efecto de la falta de afrontamiento y el estilo cognitivo negativo sobre la supervivencia que el papel beneficioso de determinadas estrategias.

Palabras Clave: Cáncer, Afrontamiento, Enfermedad Crónica.

ABSTRACT

The aim of this work is to review the role of coping as a process in the cancer experience and may affect the physical health results and the psychosocial well-being of oncological patients.

Therefore basing our work on the theoretical models of coping and results of recent decades we reviewed the empirical studies of the last 5 years on coping with cancer and the health results.

These results suggest that oncological patients usually choose several coping strategies related to different dimensions or global categories. These strategies have only a short-term relationship with emotional status. Similar results we found with regard to quality of life, but there are few studies and this variable is conceptualized and assessed in differente ways. Finally, the literature reviewed does not support a direct effect of coping on the clinical development of the illness. A litle number of results support the role of the lack of coping and a negative cognitive style on survival.

Key Words: Cancer, Coping, Chronic Illness.

INTRODUCCIÓN

En el campo de la investigación sobre estrés se han realizado diferentes aproximaciones hacia su estudio y definición; desde patrones de actividad neuroendocrina y autonómica, hasta tipos específicos de procesamiento cognitivo e interacción social. Dados los niveles de respuesta y de intercambio con el entorno implicados, no es fácil encontrar un modelo que explique la compleja experiencia de estrés. Desde una perspectiva psicosocial, el estudio del estrés ha llevado, casi de forma inherente, la investigación acerca de cómo los individuos lo manejan. Así, en diversos ámbitos de investigación empírica y de las propuestas teóricas que la enmarcan, el estudio del estrés va unido al de los procesos de afrontamiento.

Gran parte de la investigación al respecto se basa en el modelo transaccional del estrés que subraya la importancia de la evaluación cognitiva del estresor y la forma en que se manejan las demandas de la situación evaluada como estresante (Lazarus, 1981; Lazarus y Folkman, 1984). El afrontamiento es un proceso cambiante en el tiempo en donde el individuo va realizando esfuerzos, respuestas cognitivas y conductuales, en función de las evaluaciones que hace, tanto de la amenaza como de los recursos de que dispone para manejarla. Las estrategias de afrontamiento aparecen como mediadoras entre la confrontación de una situación estresante y las consecuencias para el bienestar de los individuos, como ansiedad, depresión, distrés psicológico y problemas somáticos, entre otras (Pearlin y Schooler, 1978; Endler y Parker, 1990; Ridder, 1997).

Uno de los contextos básicos de aplicación en el estudio del afrontamiento ha sido el padecimiento de una enfermedad, y más concretamente, de las enfermedades crónicas. El interés se ha centrado en saber cómo las personas responden para hacer frente a las demandas de la situación (síntomas, tratamientos, relaciones con el personal de salud, cambio en roles sociales) y qué consecuencias tiene para la propia evolución de la enfermedad (estado funcional, pronóstico, supervivencia, recuperación, entre otras), para el restablecimiento del equilibrio emocional y, desde una perspectiva más amplia, para el resto de aspectos vitales importantes (calidad de vida). Las creencias sobre la enfermedad, la valoración de su significado y de su gravedad, serán elementos específicos importantes en el proceso de su evaluación cognitiva como estresor (Moos, 1977; Moos y Schaefer, 1984,1986).

Desde el modelo más general (Lazarus y Folkman, 1984), hasta diseños teórico-empíricos más específicos (Moos y Schaefer, 1984; Moorey y Greer, 1989), el cáncer es uno de los contextos aplicados de investigación sobre afrontamiento. Como en cualquier otra enfermedad crónica, junto con el desarrollo y aplicación del concepto de calidad de vida, el afrontamiento se ha estudiado como uno de los determinantes entre el padecimiento del cáncer y los resultados de salud, en términos de bienestar psicológico, físico y social. Desde cualquiera de esos modelos, que han generado sus correspondientes formas de medida, se asume que la adaptación al cáncer es un proceso que incluye una compleja interacción entre diversas características de la enfermedad, evaluaciones cognitivas y esfuerzos de afrontamiento, que van cambiando conforme a su vez cambian las demandas en las distintas fases.

Sin embargo, el papel prometedor del afrontamiento de la enfermedad contrasta con la escasez de resultados concluyentes. El marco teórico tiene un importante desarrollo, pero la investigación empírica no es concluyente. Entre otras razones se apuntan: la complejidad del concepto, el gran número de instrumentos para medirlo, la falta de criterios comunes para delimitar el contenido y el número adecuado de estrategias y dimensiones, las discrepancias entre el concepto de afrontamiento como "proceso" y los diseños que se aplican para su estudio (Pearlin y Schooler, 1978; Epstein y Meier, 1989; Endler y Parker, 1990; Parker y Endler, 1992; Lazarus, 1993; Ridder, 1997).

La características particulares de cada situación de enfermedad, hacen necesaria la reflexión sobre los datos obtenidos y el análisis de los aspectos conceptuales y metodológicos que incluye la investigación sobre afrontamiento en cada contexto. Nuestro objetivo es analizar el papel del afrontamiento de la enfermedad en enfermos oncológicos por medio de la revisión de trabajos que estudian su relación con medidas de distrés emocional, calidad de vida y con parámetros de evolución física de la enfermedad, como la supervivencia.

MÉTODO

Hemos revisado los estudios publicados en las bases de datos Psyclit, Medline y Psicodoc; con las palabras "afrontamiento" y "cáncer" en el diseño de búsqueda, de los últimos cinco años. De un total de 632 estudios seleccionamos la investigación realizada con pacientes oncológicos adultos, descartando los trabajos centrados en pacientes en etapas terminales o en programas de intervención, encontrando un total de 35 estudios empíricos.

En primer lugar, dada la variedad de instrumentos que se utilizan, hemos realizado un análisis de contenido de las diferentes estrategias que incluyen, lo cual nos permitirá concluir sobre los efectos del afrontamiento en términos de estrategias concretas, dimensiones o categorías (ver cuadros 1 y 2). En segundo lugar, revisamos los datos atendiendo a la frecuencia de uso de las formas de afrontamiento y a las relaciones encontradas entre afrontamiento y variables resultado: distrés, calidad de vida y supervivencia (ver tablas 1 a 4)

LA MEDIDA DEL AFRONTAMIENTO EN CÁNCER: ANÁLISIS DE CONTENIDO

En los 35 estudios revisados se utilizan 13 instrumentos para evaluar el afrontamiento, así como 2 formas de evaluación mediante entrevista. El instrumento más utilizado (en 11 de los 35 estudios) es el MAC (*Mental Adjustment to Cancer*; Watson, Greer, Young *et al.*, 1988) diseñado específicamente para pacientes con cáncer. Sus creadores parten del modelo de Ajuste Mental al cáncer (Moorey y Greer, 1989) que se configura con todas las respuestas cognitivas y conductuales del individuo. Por tanto, el MAC es un instrumento que mide ajuste y no afrontamiento exclusivamente; y que incluye la evaluación cognitiva de la amenaza (en términos de pronóstico), expectativas de control, comportamientos, pensamientos y respuesta emocional (Moorey y Greer, 1989; Ferrero, Barreto y Toledo, 1995; Ferrero, Toledo y Barreto, 1996). A pesar de que integra en sus factores, tanto estrategias como resultados de ajuste cognitivo y emocional, ha sido utilizado como medida de afrontamiento, incluso por los propios autores; probablemente por ser uno de los pocos instrumentos específicos para cáncer.

En segundo lugar, en el marco del modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), 2 de los estudios revisados han utilizado el WOC (*Ways of Coping*; Lazarus y Folkman, 1984; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter *et al.*, 1986), diseñado para población general y que registra diferentes formas, cognitivas o comportamentales de afrontar un estresor. Constituye, a su vez la base de un grupo de instrumentos aplicados también al estudio del afrontamiento del cáncer (COPE, CEA, CSI, UCL). La mayoría de ellos presenta alguna modificación en sus ítems

para adaptarlos a pacientes oncológicos, aunque, en ningún caso, sus diseños han tenido como punto de partida esta situación específica.

En tercer lugar, otros 2 estudios aplican el CRI (*Coping Response Inventory*, Moos, 1988). Está diseñado sobre la propuesta de Moos y Schaefer (1984), que entiende la enfermedad como una "crisis" que demanda del individuo diferentes tareas adaptativas para recuperar el equilibrio perdido. En la misma línea que el modelo anterior, los individuos utilizan una serie de habilidades para enfrentarse a estas demandas de la enfermedad, que son las evaluadas en el CRI, el cual estructura sus contenidos en función de la combinación de las dimensiones de afrontamiento que comentaremos más adelante.

Por último, en el caso de otros instrumentos, no aparece claramente reflejado el modelo de partida, o miden algún aspecto muy específico del proceso, por ejemplo la búsqueda de información como rasgo más que como respuesta situacional (MBSS, Miller, 1987).

Para realizar el análisis de contenido, hemos optado por intentar agrupar las estrategias, primero en función de las dimensiones y después sobre la base de sus contenidos concretos.

Clasificación de las estrategias por dimensiones

En primer lugar, hemos descrito las estrategias de cada instrumento según las dimensiones clásicas de afrontamiento, atendiendo al: contenido que reflejan sus ítems (BECOMO, CEA, COPE, CSI, MAC, MBSS, WOC); las descripciones de las estrategias (FKV, MCMQ, TSK); las asignaciones a dimensiones que realizan los propios autores (CEA, COPE, CRI, CSI, WOC) y la semejanza del nombre con estrategias de otros instrumentos (JCS, UCL, ZKV) (ver cuadro 1).

Como primer criterio, clasificamos las estrategias en dos categorías centrales **Aproximativas vs Evitativas**, según se acerquen o alejen del estresor o de las emociones que provoca (Moos, 1977; Cohen, 1980; Lazarus, 1981; Moos y Shaefer, 1986). La adscripción de las estrategias a una u otra categoría resulta bastante clara, salvo en el caso de "Emoción negativa" (BECOMO) que refleja aproximación y evitación; y en el caso de "Apoyo" (BECOMO), que refleja orientación activa hacia el cuidado de la salud, y pasividad en el resto de comportamientos o cogniciones. Sería posible distinguir un tercer eje, el "**afrontamiento pasivo**", que se refiere a la omisión de toda acción y permanencia en situación de duda o espera (Perrez y Reicherts, 1992); la única estrategia describiendo este tipo de respuesta es "*Refrenar el afrontamiento*" (COPE).

Excepto en el caso del UCL y del ZKV, todos los instrumentos presentan estrategias de ambas categorías (ver cuadro 1), registrando mayor número de aproximativas (N=51, 63%) que de evitativas (N= 25, 31%), e incluyendo estrategias con contenidos mixtos (N=5, 6%).

Como segundo criterio, las respuestas de afrontamiento son clasificables según la dimensión **Comportamental vs Cognitiva** que refleja el tipo de proceso con el que se maneja el estresor (Moos, 1977). Los instrumentos registran mayor número de estrategias Cognitivas (N=34, 42%) que Comportamentales (N=28, 34%), así como estrategias ubicables en algún punto intermedio de la dimensión cognitiva-comportamental (N=14; 17%). Estas estrategias mixtas, o bien incluyen una mezcla de ítems; o bien un mismo ítem expresa tanto un comportamiento como un proceso de elaboración cognitiva, como por ejemplo, la toma de decisiones anterior a la acción (Ejm. "*desarrollé un plan de acción y lo seguí*").

Cuadro 1. Dimensiones de las Estrategias de Afrontamiento del cáncer.

Instrum.* (Nº Items)	ESTRATEGIAS APROXIMATIVAS		ESTRATEGIAS EVITATIVAS	
	COMPORTAMENT.	COGNITIVAS	COMPORTAMENT.	COGNITIVAS
BECOMO (26)		Autocontrol (Prob)	Divertimento	
			Negación	
	Emoción Negativa Apoyo			
CEA (30)	Bús.Ap.Soc (Prob) Expres. Emocion. (Emoc)	Autoculpac. (Prob) Pens. Posit (Prob) Comp. Soc Posit (Prob) Resignación (Emoc)		Pens. Desiderativo
	Búsqueda Soluciones (Prob) Religiosidad (Emoc)		Culpación de otros Escape	
COPE (52)	Afrontamiento Activo (Prob) Bús.Ap.Soc.Instrument (Prob) Bús.Ap.Soc.Emocion. (Emoc)	Planificación (Prob) Reinterpretación positiva (Prob) Aceptación (Emoc) Refrenar Afrontamiento (Prob) Humor (Emoc)	Alcohol-Drogas	Negación
	Supresión Distracción (Prob) Religión (Emoc)		Desconexión Conductual Desconexión Mental Desahogarse	
CRI (48)	Bús. Apoyo Social (Prob) Solución Problemas (Prob)	Reevaluación Positiva (Prob) Análisis Lógico (Prob)	Refuerzos alternativos Descarga Emocional	Resignación Distracción/Negación
CSI (72)	Solución Problemas (Prob) Apoyo Social (Emoc) Expresión Emocional (Emoc)	Reestructuración Cog. (Prob) Autocrítica (Prob)	Abandono Social	Pensam. Desiderativo
			Evitación	

Cuadro 1. (continuación.)

Instrum.* (Nº Items)	ESTRATEGIAS APROXIMATIVAS		ESTRATEGIAS EVITATIVAS	
	COMPORTAMENT.	COGNITIVAS	COMPORTAMENT.	COGNITIVAS
FKV (102)	Afrontamiento depresivo			
JCS (60)	Centrado problema (Prob)	Optimismo (Emoc) Uso del humor (Emoc)	Abandono	Aceptación

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">Centrado emoción</td></tr>
<tr><td rowspan="2">MAC
(40)</td><td rowspan="2">ESPÍRITU DE LUCHA: Confrontación (Prob)
PREOCUPACIÓN ANSIOSA: Información y control (Prob)</td><td rowspan="2">ESPÍRITU DE LUCHA Reevaluación positiva (Prob)
ESPÍRITU DE LUCHA Humor (Emoc)
ESPÍRITU DE LUCHA Comparación Soc Positiva (Prob)
FATALISMO: Aceptación (Emoc)</td><td></td><td>NEGACIÓN</td></tr>
<tr><td colspan="2">ESPÍRITU DE LUCHA / FATALISMO: Distanciamiento</td></tr>
<tr><td colspan="4">DESAMPARO/DESESPERANZA (Pasividad, Resignación)</td></tr>
<tr><td>MBSS</td><td>Búsq. Información (Prob)</td><td></td><td>Evitación Información</td><td></td></tr>
<tr><td>TSK
(35)</td><td>Búsq. Información (Prob)</td><td>Minimización Amenaza (Prob)
Rumiación (Prob-Emoc)</td><td>Búsqueda de Afiliación</td><td></td></tr>
<tr><td>UCL
(10)</td><td>Solución de problemas (Prob)
Búsqueda de apoyo social (Prob-Emoc)</td><td>Solución de problemas (Prob)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">WOC
(66)</td><td rowspan="2">Confrontación (Prob)
Bús.Ap.Soc.(Prob-Emoc)</td><td rowspan="2">Aceptar responsabilidad (Prob)
Reevaluación positiva (Prob)
Autocontrol (Prob-Emoc)</td><td></td><td>Distanciamiento</td></tr>
<tr><td colspan="2">Escape-Evitación</td></tr>
<tr><td colspan="3">Planificación (Prob)</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">ZKV
(45)</td><td>Abordar el problema (Prob)</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">Afrontamiento depresivo
Anirmarse/distraerse</td></tr>
</table>

* Referencia instrumentos ver Anexo I

Por último, la dimensión **Centrado en el Problema vs Centrado en la Emoción**, caracteriza los esfuerzos de afrontamiento según se dirijan al manejo del problema o a la regulación del distrés (Folkman y Lazarus, 1980; 1984). La ubicación de las estrategias en el contínuo Problema-Emoción es aún más compleja que en la dimensión comportamiento-cognición. Una misma acción puede dirigirse a solucionar el problema o la emoción en función del objetivo del sujeto que la realiza, el cual no es posible conocer, al menos con las formas de medida que se aplican (Aliaga y Capafons, 1986). Sin embargo, en el caso de la categoría de estrategias aproximativas, el contenido de los ítems permite a priori su clasificación, predominando las que se centran en el problema (N=34, 67%) sobre las centradas en la emoción (N=13, 25.5%). Por su parte, la evitación tiene como principal objetivo el alivio de la emoción, en cuanto que alejarse del problema es alejarse de la emoción que provoca (Billings y Moos, 1981). De este modo, sea en forma de

escape, evitación o negación, podemos entender que las estrategias evitativas se orientan al polo centrado en la emoción.

Clasificación de estrategias por contenidos

La información que aporta la clasificación por dimensiones es gruesa y esto puede explicar en parte las discrepancias en cuanto a la capacidad de una determinada dimensión o combinación de dimensiones para predecir un resultado de enfermedad. Por ello completamos el análisis con la agrupación de las estrategias por contenidos (ver cuadro 2).

Como resultado de este análisis encontramos 14 categorías de contenido. Todas las categorías incluyen estrategias de, al menos, dos instrumentos diferentes. Como ocurre con el análisis por dimensiones, los resultados muestran que los instrumentos de afrontamiento miden con mayor frecuencia formas distintas de aproximarse al problema que de evitarlo; y ésto se refleja en la existencia de 10 grupos de estrategias aproximativas frente a los 4 de evitativas. Este análisis muestra, además, cómo estrategias con la misma denominación en instrumentos diferentes no coinciden en su contenido y se clasifican en categorías distintas (por ejemplo, "*Aceptación*", "*Búsqueda de Apoyo Socia*l" o "*Resignación*"); o viceversa, denominaciones distintas comparten contenidos similares.

Por otra parte, mientras que las categorías aproximativas pueden adscribirse con bastante facilidad a la dimensión cognitiva-comportamental, no ocurre así en el caso de las evitativas en donde se dan estrategias comportamentales, cognitivas o mixtas en cada una de sus cuatro categorías.

Finalmente, como era de esperar, dada la falta de especificidad de los instrumentos utilizados, los resultados ofrecen una buena validez de contenido para las respuestas de afrontamiento aplicables a cualquier situación de estrés: búsqueda de información, de apoyo, de soluciones, reevaluación, distanciamiento, etc. (ver cuadro 2). Sin embargo, categorías como "Re*ligiosidad*" y "*Comparación social*" con otros enfermos, por ejemplo, son algunas de las menos representadas y cuyo uso parece pertinente en este contexto. Queda por establecer, por tanto, si es importante la ausencia de otro tipo de respuestas que pudieran ser más adecuadas para el padecimiento de cáncer y/o para cada fase del proceso de esta enfermedad.

Cuadro 2. Contenido de las Estrategias de Afrontamiento del cáncer

Estrategias Aproximativas	
Comportamentales	**Cognitivas**
Centradas en el Problema: *para modificar el problema/ enfermedad: tomar decisiones, enfrentarse, acción directa, hacer algo*	**Centradas en el Problema**: *planificación. búsqueda de soluciones. pensar sobre el problema para solucionarlo*
3 Afrontamiento activo **COPE**	3 (*) Búsqueda de Soluciones (Cog-Cm) **CEA**

3 (A/Cm/P) Solución de probl. **CRI** 3 (Conexión Problema) Soluc. de problemas **CSI** 3 Centrado en el problema **JCS** 3 Espír de lucha (Confrontador) **MAC** 3 Soluc. de problemas Activo-Comportam. **UCL** 3 Confrontación **WOC** 3 (*) Planificación (Cog-Com**) WOC** 3 Abordar el problema **ZKV**	3 Planificación **COPE** 3 Supr. de Activ. distractoras (Cg-Cm) **COPE** 3 (A/Cg/P) Análisis lógico **CRI** 3 Solución de Problemas Activo-cognitivo **UCL** 3 (*) Planificación (Cog-Com) **WOC** 3 (*)Autocontrol (Cg/E-P) **WOC**
Centradas en el Problema: *búsqueda de apoyo social instrumental. pedir consejo. buscar ayuda, orientación. búsqueda de soluciones. búsqueda de información:* 3 (*) Búsqueda Soluciones (Cog-Cm) **CEA** 3 Búsqueda de Apoyo Social **CEA** 3 Búsqueda de Apoyo social Instrumental **COPE** 3 (A/Cm/P) Búsqueda de Apoyo Social **CRI** 3 Preocupación Ansiosa (Inform. y control) **MAC** 3 Buscador información (monitoring) **MBSS** 3 Búsqueda información **TSK** 3 (*) Búsqueda de Apoyo Social **UCL** 3 (*) Búsq. de apoyo social (instrum-emoc) **WOC**	**Reevaluación Positiva Centrada en el Problema:** *focalización en aspectos positivos, contabilización de ventajas, dar significado positivo a la experiencia, comparación social positiva:* 3 Autocontrol **BECOMO** 3 Pensamientos positivos **CEA** 3 Comparación social positiva **CEA** 3 Reinterpret. posit. y Crecimiento pers. **COPE** 3 (A/Cg/P) Reevaluación Positiva **CRI** 3 (Conexión Problema) Reestructuración cognitiva **CSI** 3 Optimismo **JCS** 3 Espíritu de lucha (Reevaluación y Comparación social positiva) **MAC** 3 Minimización de la amenaza **TSK** 3 Reevaluación Positiva **WOC** 3 (*)Animarse/distraerse **ZKV**
	Centradas en el Problema: *atribución interna, búsqueda causal* 3 (*)Emoción Negativa **BECOMO** 3 Autoculpa **CEA** 3 (Desconexión Emoción) Autocrítica **CSI** 3 (*) Afrontamiento depresivo **FKV** 3 Rumiación **TSK** 3 Aceptación de responsabilidad **WOC** 3 (*) Afrontamiento depresivo **ZKV**

Cuadro 2. (continuación).

Estrategias Aproximativas	
Comportamentales	**Cognitivas**

Centradas en la Emoción: *búsqueda de apoyo social emocional. expresión emocional:* 3 Expresión Emocional **CEA** 3 Búsqueda de Apoyo social emocional **COPE** 3 (Conexión Emocional) Apoyo Social **CSI** 3 (Conexión Emoc.) Expresión Emocional **CSI** 3 (*) Búsqueda de Apoyo Social **UCL** 3 (*) Búsqueda de apoyo social (Instrum-emoc) **WOC**	**Centradas en la Emoción:** *aceptar que ha ocurrido. Vivir al día. Aceptación positiva para poder seguir adelante.* 3 (*) Apoyo **BECOMO** 3 Resignación **CEA** 3 Aceptación **COPE** 3 (*) Centrado en la emoción **JCS** 3 Fatalismo-Aceptación Estoica M**AC**
	Cognitivas Centradas en Emoción: Humor 3 Humor (A/Cg/E) **COPE** 3 Uso humor (A/Cg/E) **JCS** 3 Espíritu de lucha (humor) (A/Cg/E) **MAC**
	Cognitivo-Comportamentales Centradas en Emoción: Religiosidad 3 Religiosidad **CEA** 3 Religión **COPE**
	Autorregulación (P-E) 3 Refrenar el afrontamiento **COPE** 3 (*) Autocontrol (A/Cg/E-P) **WOC**
Estrategias Evitativas	
Descarga Emocional Negativa. Culpar a Otros 3 (*)Emoción Negativa (A-Ev/Cg-Cm) **BECOMO** 3 Culpación de otros (Cg-Cm) **CEA** 3 Centrarse en las emociones y desahogarse (Cg-Cm) **COPE** 3 (Ev/Cm) Descarga emocional **CRI** 3 (*) Afrontam. depresivo (A-Ev/Cg-Cm) **FKV** 3 (*) Centrado en la emoción (A-Ev/Cg-Cm) **JCS** 3 (*) Afrontam. depresivo (A-Ev/Cg-Cm) **ZKV**	**Desconexión Cognitiva-Comporta-mental, Evitar Pensar, Distraerse, Fantasear, Desear lo que no es** 3 Negación (Cg-Cm) **BECOMO** 3 Divertimento (Cm) **BECOMO** 3 Escape (Cg-Cm) **CEA** 3 Pensamiento Desiderativos (Cg) **CEA** 3 Desconexión mental (Cg-Cm) **COPE** 3 Consumo de alcohol, drogas (Cm) **COPE** 3 (Ev/Cm) Ref. alternativos **CRI** 3 (Desconexión Prob.) Evitación (Cg-Cm) **CSI** 3 (Desconexión Problema) Pensamientos desiderativos (Cg) **CSI** 3 Fatalismo (Cg-Cm) **MAC** 3 Búsqueda de Afiliación (Ev/Cg-Cm/Prob-Emoc) **TSK** 3 Escape Evitación (Cg-Cm) **WOC**

Cuadro 2. (continuación).

Estrategias Evitativas

Cognitivas: Distanciamiento y Negación	**Resignación-Pasividad. Aceptación-Resignación. Renuncia a la Acción**
3 Negación (Cg) **COPE**	
3 (Ev/Cg) Distracción/Negación **CRI**	3 (*)Apoyo (A-Ev/Cg-Cm/E) **BECOMO**
3 Negación **MAC**	3 Desconexión Conductual (Cg-Cm) **COPE**
3 Espíritu de lucha/ Fatalismo (distanciamiento) (Cg-Cm) **MAC**	3 (Ev/Cg) Resignación **CRI**
3 Distanciamiento (Ev/Cg/P-E) **WOC**	3 (Desconexión Emoción) Abandono Social (Cm) C**SI**
3 (*) Animarse/distraerse (A-Ev/Cg-Cm) **ZKV**	3 Abandono (Cg Cm) **JCS**
	3 Aceptación (Cg) **JCS**

(*) Si presenta contenidos mixtos, se sitúa en las dos o más categorías de estrategias con quienes comparta contenidos. Dimensiones: **A:** aproximativa, **Ev:** evitativa, **Cg:** cognitiva, **Cm:** comportamental, **P:** centrada en el problema, **E:** centrada en la emoción

EL PAPEL DEL AFRONTAMIENTO EN CÁNCER

Analizaremos los resultados del afrontamiento en términos del uso de estrategias y de su relación con el distrés emocional, la evolución de la enfermedad y la calidad de vida, que aparecen resumidos en las tablas 1 a 4 respectivamente. En las tablas se presentan primero los estudios transversales, después los longitudinales y finalmente los trabajos que utilizaron el MAC. En la descripción de resultados distinguiremos si se refieren a un análisis longitudinal o a una medición transversal, bien porque lo sea el estudio; o bien porque se realice dicho análisis dentro de un estudio longitudinal. Respecto a la medida de afrontamiento, en aquellos estudios en los que no se ha aplicado el instrumento completo, se especifican las subescalas utilizadas.

El diagnóstico que más predomina en las investigaciones revisadas es el cáncer de mama (N=21), una de las localizaciones neoplásicas más frecuentes y en donde más se ha investigado en psico-oncología. Se utilizan tanto diseños transversales (N=20) como longitudinales (N=15), aplicando entre 1 a 9 medidas repetidas; variando así mismo el alcance de los análisis estadísticos realizados y que aparece reflejado en las tablas 2 a 4. La primera medida suele realizarse en fases inciciales de enfermedad, aunque varía, según los trabajos, desde el momento de comunicación del diagnóstico hasta distintos momentos en el período de seguimiento.

En 4 de los trabajos revisados el estudio se limita a la descripción de la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento (Gross, Burnett y Borelli, 1996; González y García, 1997; Olivares y Cruzado, 1998; Hacourt, Rumsey y Ambler, 1999). En este sentido, los resultados muestran que, en general, se utilizan todas las estrategias evaluadas, destaca en algunos casos la mayor frecuencia de uso de estrategias aproximativas y no existe variabilidad significativa en cuanto a la fre-

cuencia de uso de estrategias en distintos momentos del proceso de enfermedad (ver tabla 1).

Tabla 1. Uso de las estrategias de Afrontamiento

Autores	Muestra	Diseño	Instrum.*	Resultados
González y García (1997)	N= 106 Ca. Cérvico-facial. Diagnóstico	**Transversal** Entrevista postdiagnóstico	Cuestionario (*ad hoc*)	"Enfrentamiento y lucha activa" (55.6%) "Autoinculpación" y "Preocupación Ansiosa" (40.56%)
Klauer y Filipp (1997)	N=100 ≠ diagnostico Seguimiento	**Transversal** Entrevista	TSK	"Minimización Amenaza" (4.95±0.64) "Búsqueda de Afiliación" (4.31±0.71) "Búsqu. de Información" (3.67±0.95) "Rumiación" (3.49 ± 0.79)
Olivares y Cruzado (1998)	N= 37 Ca. Mama Diagnóstico	**Transversal**	COPE	"Refrenar el Afrontam." (11.19± 2.34) "Aceptación" (10.62 ± 2.92) "Religión" (10.46 ± 2.71) "Apoyo Social Emoc." (10.22 ± 2.96) "Reinterpretac. Positiva" (9.95± 2.42)
Gross *et al.* (1996)	N=36 Ca. Mama Diagnóstico	**Longitudinal** T1: 2 días postcirugía T2: 30 días postcirugía	RDCQ	No variabilidad del afrontamiento entre los dos tiempos
Miller *et al* (1996)	N= 74 ≠ diagnósticos Estadíos II, III y IV Cáncer avanzado	**Longitudinal** T1: entrevista T2: 2 meses post-entrevista T3: 4 meses post-entrevista	WOC-Revisado	"Reevaluación Positiva" (1.13 ± 0.69) "Búsqu. de Apoyo Social" (1.05±0.68) "Planifación" (0.84 ± 0.66) "Escape-Evitación" (0.73 ± 0.52) "Aceptac.Responsabil." (0.38±0.51)
Heim *et al.* (1997)	N= 74 Ca. Mama fases	**Longitudinal** Entrevista cada 3 meses (2 años) Cada 6 meses (hasta 5 años)	BECO MO	**T2: Hospitalización** "Apoyo" (9.1 ± 3.1) "Autocontrol" (6.1 ± 3.0) "Negación" (4.9 ± 3.3) "Diversión" (4.2 ± 2.4) "Emoción-negativa" (3.3 ± 2.6) **T3, T4, T5 y T6** - No variabilidad significativa
Epping-Jordan *et al.* (1999)	N= 80 Ca. Mama Estadíos I, II, III yIV Diagnóstico	**Longitudinal** T1: diagnóstico T2: 3 meses postdiagnostico T2: 6 meses postdiagnostico	CSI	**T1** "Conexión C. Problema" (6.5 ± 1.3) "Conexión C. Emoción" (6.0 ± 1.6) "Desconexión C. Problema" (3.8 ±1.0) "Desconexión C. Emoción" (3.0 ± 0.8) **T2 y T3** - No variabilidad significativa

Tabla 1. (Continuación)

Autores	Muestra	Diseño	Instrum.*	Resultados

Faller *et al.* (1999)	N= 103 Ca. Pulmón Tratamiento-seguimiento	**Longitudinal** T1 pretratamien-to seguimiento hasta 7-8 años	FKV	"Afrontamiento activo" (2.81 ± 0.74) "Afrontam. depresivo" (2.30 ± 0.63)
Harcourt *et al.* (1999)	N= 791 Ca. Mama Diagnóstico	**Longitudinal** T1: Diagnóstico T2: 2 meses postdiagnóstico	Brief COPE	**T1** "Aceptación" (58%) "Distracción" (54%) "Apoyo Emocional" (44%) "Planificación" (39%) "Reinterpretación Positiva" (39%) **T2** - No variabilidad significativa
McCaul *et al.* (1999)	N= 61 Ca. Mama Estadíos I y II Diagnóstico	**Longitudinal** T1: diagnóstico T2: 4 meses postdiagnóstico	CRI	**T1** "Afront. Activo-Comport." (37.43±6.27) "Afront. Activo-Cognitivo" (29.66±4.33) "Afront. Evitativo" (12.14±2.71) **T2** - No variabilidad significativa
Osowiecki y Compas (1999)	N= 70 Ca. Mama Estadío II Diagnóstico	**Longitudinal** T1: diagnóstico T2: 3 meses postdiagnostico T3: 6 meses postdiagnostico	CSI	**T1** "Conexión C. Problema" (6.48 ± 1.27) "Conexión C. Emoción" (5.89 ± 1.51) "Desconex. C. Problema" (4.13 ± 1.04) "Desconex. C. Emoción" (3.04 ± 0.81) **T2 y T3** - No variabilidad significativa
Classen *et al.* (1996)	N= 101 Ca. Mama recidiv. o metastásico	**Transversal**	MAC	"Espíritu de Lucha" (33.3 ± 3.7) "Fatalismo" (14.4 ± 3.3) "Negación/Evitación" (1.4 ± 0.6)
Grassi *et al.* (1997)	N=141 ≠ diagnósticos Seguimiento	**Transversal**	MAC	"Espíritu de Lucha" (39.62 ± 8.89) "Desesperanza" (12.18 ± 4.73)
Kugaya *et al.* (1999)	N= 99 Ca. cabeza y cuello Estadíos I, II, III yIV Tratamiento	**Transversal**	MAC	"Espíritu de Lucha" (51.5 ± 6.8) "Preocupación Ansiosa" (23.6 ± 4.5) "Fatalismo" (21.3± 4.7) "Desesperanza" (9.8 ± 3.6) "Evitación" (2.1 ± 1.1)
Grassi y Rosti (1996)	N= 52 ≠ diagnóstico Diagnóstico-Seguimiento	**Longitudinal** T1: 3 meses postdiagnóstico T2: 6 años post-diagnóstico	MAC	**T1** "Espíritu de Lucha" (43.89 ± 9.28) "Preocupación Ansiosa" (21.78 ±3.80) "Fatalismo" (15.67 ± 4.74) "Desesperanza" (9.56 ± 3.21) **T2** - No variabilidad significativa
Giraldi *et al.* (1997)	N= 90 Ca. Mama Diagnóstico-Seguimiento	**Longitudinal** T1: diagnóstico T2: 6 años post-diagnóstico	MAC	"Espíritu de Lucha" (51.5 ± 5.3) "Preocupación Ansiosa" (21.9 ± 5.3) "Fatalismo" (21 ± 4.4) "Desesperanza" (9.0 ± 3.9)

* Referencia instrumentos ver Anexo I

AFRONTAMIENTO Y ESTADO EMOCIONAL

En la mayoría de trabajos donde se estudió la relación entre afrontamiento y estado emocional se encontraron asociaciones significativas entre ambos tipos de variables (22 de 24 trabajos). Los dos estudios en donde no se obtuvo este resultado realizaron un análisis correlacional en una medida transversal con pacientes con cáncer de mama en tratamiento (Lauver y Tak, 1995; Komproe, Rijken, Ros *et al.*, 1997). El primero de ellos utilizó medidas "ad hoc" para registrar el afrontamiento frente a cuestionarios estandarizados empleados por el resto de estudios.

Describiremos, en primer lugar, los resultados de los estudios cuyos instrumentos configuran las categorías resultantes del análisis de contenido, junto con los 2 trabajos que realizan análisis cluster; para analizar, en segundo lugar, los 9 estudios que utilizan el MAC.

Dentro de las formas de afrontamiento **aproximativas y comportamentales**, el primer bloque agrupa aquéllas **centradas en el problema** para modificarlo o para cambiar sus consecuencias, por medio de la acción directa (ver cuadro 2). La "Confrontación" y la "Planificación" (WOC); y la "Solución de Problemas" (CRI y UCL), que son estrategias de este grupo medidas en 4 estudios, no presentan asociaciones significativas en la mayoría de análisis transversales, ni en ninguno de los longitudinales (Miller, Manne, Taylor *et al.*,1996; McCaul, Sandgren, King, *et al.*, 1999). Sólo en 1 de las 4 medidas transversales aparece una relación negativa con distrés (Morales, Granada, Guerrero *et al.*, 1997) (ver tabla 2). Sin embargo, en los 3 trabajos que utilizan el CSI, la dimensión "Conexión centrada en el Problema" se asocia de modo consistente a menor distrés, apareciendo relacionada significativamente en 4 análisis transversales (Chen, David, Thomspon, *et al.*, 1996; Osowecki y Compas, 1998, 1999; Epping-Jordan, Compas, Osowiecki, *et al.*, 1999) y como predictor de menor distrés en 2 de los 3 análisis longitudinales a los 6 meses (Epping-Jordan *et al.*, 1999; Osowiecki y Compas, 1998, 1999). Ésta dimensión aproximativa incluye la "Solución de Problemas", pero también la "Reestructuración Cognitiva", por tanto no es posible atribuir los resultados por separado a la estrategia comportamental o cognitiva.

En el segundo bloque, también centradas en el problema, la acción se dirige hacia la búsqueda de apoyo social instrumental e información (CEA, CRI, MBSS y WOC) (ver cuadro 2). Algunos de los instrumentos que las incluyen se utilizan en 4 estudios transversales y en 2 longitudinales (ver tabla 2). Los resultados son semejantes a los de la categoría anterior, ya que, de las 5 medidas transversales, sólo una resulta relacionada con menor ansiedad y depresión (Morales *et al.*, 1997) y este tipo de afrontamiento no predijo distrés a los 4 meses en ninguno de los 2 análisis longitudinales (Miller *et al.*, 1996; McCaul *et al.*, 1999). Sin embargo, La dimensión "Buscadores de Información", sin embargo, como medida disposicional

de afrontamiento aproximativo, se asocia positivamente con distrés en pacientes en período de tratamiento (Schwartz, Lerman, Miller y Masny, 1995).

Por último, el tercer grupo de estrategias **aproximativas** y **comportamentales**, están **centradas en la emoción** y se refieren a "Búsqueda de apoyo social y expresión emocional" (CEA, CSI y UCL WOC). En 3 de las 8 medidas transversales se asociaron con menor ansiedad y depresión (Chen *et al.*, 1996; Morales *et al.*, 1997; Osowiecky y Compas, 1998); mientras que en uno de los tres estudios longitudinales, fueron predictoras a los 3 meses de mayor ansiedad y depresión (Epping-Jordan *et al.*, 1999).

La combinación de las dimensiones **aproximativa y cognitiva** incluye, en primer lugar, estrategias **centradas en el problema**. Dentro de éstas, el primer grupo de estrategias supone el "análisis lógico del problema, la planificación y la búsqueda de soluciones" (CEA, CRI, UCL y WOC) (ver cuadro 2). Los 5 estudios, 2 de ellos longitudinales, no encuentran asociaciones significativas de dichas estrategias con el distrés (Miller *et al.*, 1996; Komproe, Rijken, Ros *et al.*, 1997; Morales *et al.*, 1997; McCaul *et al.*, 1999; Terol, 1999) (ver tabla 2).

Por su parte, aquéllas que implican "reevaluación positiva del problema, focalización en aspectos positivos, contabilización de ventajas y comparación social positiva" (BECOMO, CEA, CRI, CSI y WOC) se evalúan en 3 estudios tansversales y en 5 longitudinales. El uso de la estrategia "Pensamientos Positivos" se relacionó significativamente con menor nivel de depresión en un estudio (Terol, 1999). Y, tal como hemos comentado arriba, en los tres estudios longitudinales que utilizan el CSI para evaluar afrontamiento, la "Reevaluación positiva" (junto con la "Solución de Problemas") se asocia a menor distrés en los análisis transversales (Chen *et al.*, 1996; Epping-Jordan *et al.*, 1999; Osowiecki y Compas, 1999); y predice distrés a los 6 meses en los dos últimos trabajos.

Tabla 2. Relación Afrontamiento – Distrés

Autores	Muestra	Diseño / Análisis	Afrontamiento* /Distrés	Resultados
Faller *et al.* (1995)	N= 120 Ca. Pulmón Diagnóstico	**Tranversal** Anal. covarianza	**FKV** Afrontam. depresivo D-S - Distrés	(+) "Afrontamiento depresivo"
Lauver y Tak (1995)	N= 135 Ca. Mama Tratamiento	**Transversal** Anal. Correlación	**Negación** de búsq. de cuidado POMS - Ansiedad	n.s.
Schwartz *et al.* (1995)	N= 103 Ca. Ovario Tratamiento	**Transversal** Anal. regresión	**MBSS** Buscador información POMS - Distrés	(+) "Buscador información"

Tabla 2 (continuación)

Autores	Muestra	Diseño / Análisis	Afrontamiento* /Distrés	Resultados
Chen *et al.* (1996)	N=121 Screening mamario	**Transversal** Anal. Regresión	**CSI** GHQ-12 - Morbi-lidad psiquiátrica	(-) "Conexión Cent. Problema" (-) "Centrado Emoción"
Heim *et al.* (1997)	N= 74 Ca. Mama ≠ fases	**Transversal** Cada 3 m (2 años) Cada 6 meses (hasta 5 años) T2: Hospitalizac. T3: Convalescenc. T4: Quimioterapia T5: Rehabilitación T6 Metástasis Anal. correlación	**BECOMO** Bf-S - Distrés	**T2** (+) "Emoción-negativa" (-) "Negación" **T3** n.s. **T4** (+) "Emoción-negativa" (-) "Negación" (-) "Divertimento" **T5** (+) "Emoción-negativa" (+) "Divertimento **T6** n.s.
Komproe *et al.* (1997)	N=109 Ca. Mama Estadío I y II Tratamiento	**Transversal** Anal. Correlación	**UCL** CES-D - Depresión	n.s
Shapiro *et al.* (1997)	N= 56 Ca. Mama Estadío II Tratamiento	**Transversal** T1: 1 día quimiot. T2: 3 días post-quimioterapia T2: 7 días post-quimioterapia Anal. Cluster/ ANCOVA	**MCMQ** RSCL- Efectos psicológicos	(-) **Cluster 1 "Confrontador"** ↑ Optimismo / búsqueda informa-ción / hablar enfermedad / involu-crar tratamiento ↓ Conductas distractoras (+) **Cluster 2 "Evitativo-confrontador"** ↑ Optimismo/búsqueda infor-mación / involucrar tratamien-to /conductas distractoras ↓ Hablar enfermedad
Hack y Degner (1999)	N= 70 Ca. Mama Estadíos I y II Tratamiento	**Transversal** Anal. Cluster y ANOVA	**CRI** POMS - Distrés	**(-) Cluster 1:** ↓ Evitación Cognitiva (1/2) Aproximativos (Cm/Cg) **(+) Cluster 2:** ↑ Evitación Cognitiva ↓ Aproximativos **(-) Cluster 3:** (1/2) Evitación Cognitiva ↑ Evitación comportamental ↑ Aproximativos
Terol (1999)	N=131 diagnósticos Tratamiento Sin tratamiento Estad. I,II,III,IV	**Transversal** Anal. regresión	**CEA** HAD – ansiedad /depresión	HAD-D (-) "Pensamientos positi-vos" HAD-D (+) Cognitivo-evitativo

Tabla 2 (continuación)

Autores	Muestra	Diseño / Análisis	Afrontamiento* /Distrés	Resultados
Miller *et al* (1996)	N= 74 ≠ diagnósticos Estadíos II, III y IV Ca. avanzado	**Longitudinal** T1: entrevista T2: 2 meses post-entrevista T3: 4 meses post-entrevista Anal. regresión	**WOC**-Revisado MHI - Distrés	**T1** (+)"Escape-Evitación" **T1 - T3** (+) "Escape-Evitación"
Parle *et al.* (1996)	N= 673 ≠ diagnósticos Seguimiento	**Longitudinal** T1: 4-8 semanas postdiagnóstico T2 Retest 12 mes. Anal. regresión	**Entrevista** PAS - Ansiedad / Depresión	**T1** (+) "Aceptación" (+) "Desesperanza" (+) "Distracción" (+) "Centrado en la Emoción" **T1 – T2** (+) "Desesperanza"
Osowiecki y Compas (1998)	N= 62 ≠ diagnósticos Seguimiento	**Longitudinal** T1: Entrevista T2: 4 meses post-entrevista Anal. Regresión	**Entrevista - CSI** BSI - Ansiedad / Depresión	**T1** (-) "Centrado en el Problema" (+) "Centrado en la Emoción" **T1 - T2** n.s
Epping-Jordan *et al.* (1999)	N= 80 Ca. Mama Estadíos I, II, III y IV Diagnóstico	**Longitudinal** T1: diagnóstico T2: 3 meses post-diagnóstico T2: 6 meses post-diagnóstico Anal. regresión múltiple	**CSI** SCL-09R - Ansiedad / Depresión	**T1** (+) "Desconexión C. Emoción" (-) "Conexión C. Problema" **T1 - T2** n.s **T2 - T3** (+) "Conexión C. Emoción" (+) "Desconexión C. Emoción" (+) "Desconexión C. Problema" (-) "Conexión C. Problema"
McCaul *et al.* (1999)	N= 61 Ca. Mama Estadíos I y II Diagnóstico	**Longitudinal** T1: diagnóstico T2: 4 meses post-diagnóstico Anal. correlación	**CRI** POMS - Distrés	**T1** (+) "Evitación" **T1 – T2** (+) "Evitación"
Osowiecki y Compas (1999)	N= 70 Ca. Mama Estadío II Diagnóstico	**Longitudinal** T1: diagnóstico T2: 3 meses post-diagnóstico T3: 6 meses post-diagnóstico Anal regresión Múltiple	**CSI** Subescalas Ansiedad y depresión - SCL-90-R	**T1** (-) "Conexión C. Problema" **T1 -- T2** n.s. **T1 – T3** (-) "Conexión C. Problema"
Classen *et al.* (1996)	N= 101 Ca. Mama recidivante o metastásico	**Transversal** Anal. regresión	**MAC** POMS - Distrés	(-) "Espíritu de Lucha"

Tabla 2 (continuación)

Autores	Muestra	Diseño / Análisis	Afrontamiento* /Distrés	Resultados
Grassi *et al.* (1997)	N=141 ≠ diagnósticos Seguimiento	**Transversal** Anal. correlación	**MAC** "Espíritu Lucha" "Desesperanza" BSI - Distrés	(-) "Espíritu de Lucha" (+) "Desesperanza"
Morales *et al.* (1997)	N= 30 Ca. Mama Estadíos I y II	**Transversal** 1 ó 2 años post-cirugía. Anal. regresión	**MAC** Fatalismo Espíritu de lucha Preocup. ansiosa **WOC** Confrontación Evitación Búsq. Apoyo Social SDS- Ansied / Depres	(+) "Fatalismo" (+) "Evitación" (+) "Preocupación Ansiosa" (-) "Espíritu de Lucha" (-) "Confrontación" (-) "Búsqueda Apoyo Social"
Nordin y Glimelius (1998)	N= 139 Ca. Gastrointes. Diagnóstico	**Transversal** T1: diagnóstico (0-3 meses) T2: 3 meses postdiagnóstico T3: 6 meses postdiagnóstico T4: 12 meses postdiagnóstico Anal. Correlación	**MAC** HAD -Ansiedad / Depresión	**T1** (-) "Espíritu de lucha" (+) "Preocupación Ansiosa" (+) "Desesperanza" HAD-D (+) "Fatalismo"
Schnoll *et al.* (1998)	N=100 Ca. Mama. Estadios II , IV Tratamiento	**Transversal** Evaluación pre-terapia Anal. regresión	**MAC** BSI -Ansiedad / Depresión	(-) "Espíritu de Lucha" (+) "Preocupación ansiosa" (+) "Desesperanza" (+) "Fatalismo"
Kugaya *et al.* (1999)	N= 99 Ca. Cabeza / cuello Estad. I,II,III,IV Tratamiento	**Transversal** Anal. regresión	**MAC** POMS-D - Depresión	(+) "Desesperanza"
Ferrero *et al.* (1995)	N= 69 Ca. Mama Estadios I, II, III Tratamiento	**Longitudinal** T1: poscirugía T2: 3 meses T3: 6 meses (final tratamiento) Anal. regresión	**MAC** EORTC - Distrés	**T1 – T2** (+) "Desesperanza" **T2 – T3** (+) "Fatalismo" (+) "Preocupación ansiosa" (-) "Espíritu de lucha" **T1 – T3** (-) "Negación"

Tabla 2 (continuación)

Autores	Muestra	Diseño / Análisis	Afrontamiento* /Distrés	Resultados
Grassi y Rosti (1996)	N= 52 ≠ diagnósticos Diagnóstico-Seguimiento	**Longitudinal** T1: 3 meses postdiagnóstico T2: 6 años post-diagnóstico Anal. Regresión múltiple	**MAC** SCL-90-R- severi-dad global	**T1** (-) "Espíritu de Lucha" (+) "Preocupación ansiosa" (+) "Fatalismo" (+) "Desesperanza" **T1 – T2** n.s.
Watson *et al.* (1998)	N=392 Ca. Mama	**Longitudinal** T1: 4-12 semanas posdiagnóstico T2: 5 años Anal. regresión	**MAC** HAD - Ansiedad/ Depresión	**T1 - T2** (+) "Desesperanza"

* Referencia instrumentos ver Anexo I

Un último grupo de afrontamiento cognitivo centrado en el problema incluye estrategias de atribución interna: "Aceptación de responsabilidad" (WOC) y "Autoculpa" (CEA); pero los tres estudios que las utilizan no presentan resultados significativos (Miller *et al.*, 1996; Morales *et al.*, 1997; Terol, 1999). Sólo la "Autocrítica" (junto con "Abandono Social" dentro de la dimensión "Desconexión centrada en la Emoción") se asocia y predice distrés a los 3 meses en uno de los tres estudios que utilizan el CSI (Eppin-Jordan *et al.*, 1999).

En cuanto a otro tipo de estrategias **aproximativas y cognitivas** distinguimos aquellas **centradas en la emoción**, como las que se refieren a "Resignación" y "Aceptación" positiva; o al uso del "Humor"; un grupo con componentes cognitivo-comportamentales: "Religiosidad"; y un grupo centrado en problema y emoción: "Autorregulación" (ver cuadro 2). Los estudios que las incluyen y se ocupan de su relación con medidas de distrés son escasos y no encuentran asociaciones significativas (Miller *et al.*, 1996; Morales *et al.*, 1997; Terol, 1999).

La dimensión **Evitativa**, se registra en 10 estudios con instrumentos que miden o bien estrategias, o bien combinaciones de estrategias dentro de una dimensión, pertenecientes a alguna de las categorías de contenido establecidas (BECOMO, CEA, CRI, CSI, FKV, WOC) (ver cuadros 1 y 2). La evitación aparece asociada a mayor distrés en la mayoría de trabajos. Así, encontramos relaciones significativas del "Escape-Evitación" con más distrés en 2 estudios, uno de ellos como predictor a los 4 meses (Miller et el., 1996; Morales *et al.*, 1997). Por su parte, la dimensión "Evitación" ("Descarga emocional", "Refuerzos alternativos", "Distracción/Negación" y "Resignación") en un estudio que aplica el CRI se asoció y fue predictora de mayor distrés a los 4 meses (McCaul *et al.*, 1999). En el mismo sentido, las dimensiones "Desconexión Centrada en Emoción" y "Centrada en el Problema",

del CSI, predijeron más distrés a los 3 meses en un estudio (Eppin-Jordan *et al.*, 1999); aunque no presentaron relaciones significativas en dos estudios longitudinales (Osowiecki y Compas, 1996; 1999); ni en un estudio transversal (Chen *et al.*, 1996). Finalmente, las estrategias evitativas "Pensamientos Desiderativos" y "Culpación de otros" no mostraron relaciones significativas con distrés; pero el factor de 2º orden, en el que aparecen incluidas junto con la "Religiosidad" y la "Resignación", sí se asoció a mayor depresión (Terol, 1999) (ver tabla 2).

Las únicas asociaciones negativas con distrés se han obtenido en un estudio correlacional (Heim, Valach y Schaffner, 1997). Así, la "Negación", tal y como se valora en el BECOMO (minimización irreal del problema y falta "inadecuada" de preocupación por la enfermedad, disimulo de dicha preocupación ante los demás, evitación activa de tratamiento médico) mostró asociaciones negativas con distrés en fases de hospitalización y de tratamiento con quimioterapia. Por su parte, una estrategia de desconexión comportamental, "Divertimento", se relacionó con menor distrés en fase de hospitalización y con mayor distrés en fase de rehabilitación.

Otras estrategias no han resultado clasificables según ninguna de las dimensiones propuestas, o bien por la escasa especificación de lo que mide el instrumento (como es el caso del "Afrontamiento depresivo" que mide el FKV; Faller, Schilling y Lang, 1995); o bien por la inclusión de varios contenidos de afrontamiento e incluso de resultados de respuesta emocional (como es el caso de la "Emoción Negativa" y del "Apoyo" del BECOMO). Así, resultados como la asociación con mayor distrés del "Afrontamiento depresivo" (Faller *et al.*, 1995) o de la "Emoción Negativa" (Heim *et al.*, 1997) son difícilmente atribuíbles a una forma de afrontar.

En cuanto a los dos estudios que realizan análisis cluster, sus resultados muestran que las asociaciones con distrés se producen con diferentes agrupaciones de formas de afrontamiento. Así, la combinación de alta utilización de estrategias Aproximativas ("Análisis lógico", "Reevaluación positiva", "Búsqueda de apoyo" y "Solución de Problemas") y de Evitación Comportamental ("Refuerzos alternativos", "Descarga Emocional") con uso moderado de Evitación Cognitiva ("Distracción" y "Resignación") se asoció negativamente con distrés; de la misma manera que lo hizo la combinación de frecuencia moderada de estrategias Aproximativas junto con frecuencia baja de Evitación Cognitiva. Sin embargo, un cluster configurado por alta Evitación Cognitiva y bajo Aproximación, se asoció con mayor distrés en mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento (Hack y Degner, 1999).

En la misma línea, en otro estudio el cluster de sujetos "Confrontadores" presentó menor distrés en diferentes momentos del período de tratamiento (Shapiro *et al.*, 1997); sin embargo, a diferencia del anterior, la combinación de Evitación y Confrontación se asoció a mayor distrés.

Finalmente el MAC ha sido utilizado en 9 estudios (6 transversales y 3 longitudinales). El "*Espíritu de lucha*" se relaciona, en 6 de las 7 medidas transversales, con menores niveles de ansiedad, depresión y/o distrés (Classen, Koopman, Angell

y Spiegel, 1996; Grassi y Rosti, 1996; Grassi, Caloro, Zamorani y Ramelli, 1997; Morales *et al.*, 1997; Nordin y Glimelius, 1998; Schnoll, Harlow, Stolbach y Brandt, 1998); en la línea de trabajos previos llevados a cabo con el mismo instrumento (Watson, Greer , Rowden *et al.*,1991; Grassi Rosti, Lasalvia y Marangolo, 1993; Ferrero, Barreto, y Toledo, 1994; Lampic, Wennberg, Schill *et al.*, 1994; Maunsell, Brisson y Deschene, 1995). Por su parte, sólo uno de los estudios longitudinales predice mejor estado emocional tres meses después (Ferrero, Toledo y Barreto, 1995); frente a los dos trabajos que incluyen un período de seguimiento mayor o igual a 5 años (Grassi y Rosti, 1996; Watson, Haviland, Greer *et al.*, 1998).

El "*Espíritu de Lucha*" es un factor que aglutina una estrategia de distanciamiento del problema junto con estrategias Aproximativas Cognitivas pero que, además, incluye percepción de control en términos de expectativas de resultado positivas debidos a la propia actitud ante la enfermedad; y con una percepción optimista del pronóstico. Es decir, quien percibe escasa amenaza y alto control y evita pensar y preocuparse, se encuentra emocionalmente bien. Sin embargo, el Espíritu de Lucha mantenido durante un determinado período no garantiza mejor ajuste a largo plazo.

La "*Desesperanza*" se asocia con distrés y depresión en 5 de los 6 estudios que realizan análisis transversales (Grassi y Rosti, 1996; Grassi *et al.*, 1997; Nordin y Glimelius, 1998; Schnoll *et al.*, 1998; Kugaya, Akechi , Okamura *et al.*, 1999); y predice peor estado emocional a los 3 meses pero no a los 6 (Ferrero *et al.*, 1995) y a los 5 años (Watson *et al.*, 1998), pero no a los 6 años (Grassi y Rosti, 1996). Esta medida no refleja contenidos de afrontamiento, sino el estilo cognitivo correspondiente a la falta de control percibido, en términos de ausencia de expectativas de resultados positivos de la propia conducta (para ayudarse o animarse); y de la visión pesimista y sin esperanza de la situación actual y futura. Como su nombre indica funciona como una medida de "Desamparo" y se asocia, coherentemente, con un estado emocional negativo. En el estudio en que la variable resultado es la depresión (Kugaya *et al.*, 1999) es la única subescala del MAC con la que presenta relaciones negativas. Su capacidad de predicción a largo plazo se confirma en uno de los trabajos pero no en el otro.

La "*Preocupación Ansiosa*" y el "*Fatalismo*" no se asocian con depresión en uno de los estudios (Kugaya *et al.*, 1999); pero se relacionan con distrés o con ansiedad y/o depresión en 4 de los 5 análisis transversales restantes (Grassi y Rosti, 1996; Morales *et al.*, 1997; Nordin y Glimelius, 1998; Schnoll *et al.*, 1998); y predicen distrés a los 3 meses en uno de los 3 estudios longitudinales (Ferrero *et al.*, 1995). El primer factor incluye una estrategia Aproximativa, Comportamental, centrada en el Problema que refleja la necesidad de ejercer control sobre la enfermedad (buscar información), o sobre la propia salud (hacer dieta o ejercicio). Pero mide también ansiedad e irritación a causa de la enfermedad; cogniciones que

reflejan incertidumbre hacia el futuro y necesidad de apoyo social de otros enfermos. Por tanto el factor está "contaminado" con la variable resultado y parte de la varianza del distrés es explicada por los niveles de preocupación e incertidumbre por la enfermedad.

Por su parte, el "Fatalismo" hace referencia a una estrategia Aproximativa Cognitiva, centrada en la emoción que refleja aceptación y resignación; y a la Evitación de la información sobre la enfermedad; pero también incluye una medida de falta de control percibido (bajo control interno en términos de ausencia de expectativas de resultados de la propia conducta) y creencias de control externo respecto de la evolución de la enfermedad en Dios, los médicos y el destino. Así, el distrés puede asociarse, bien a la necesidad de ejercer control y la puesta en marcha de estrategias en este sentido; o bien a la creencia de control externo y de falta de control personal; siendo cualquiera de estas combinaciones parte del proceso de adaptación a la enfermedad y no derivando en distrés posterior.

La "*Negación*" medida con el ítem "*en realidad, yo no creo que tenga esa enfermedad*", sólo se aplica en tres de los estudios y aparece predictora de menor distrés a los 6 meses en uno de ellos (Ferrero *et al.*, 1995).

Como resumen, la investigación de la respuesta emocional como variable resultado muestra que las estrategias de afrontamiento por sí solas presentan escasa asociación con dicha respuesta. Son combinaciones de estrategias, bien dentro de dimensiones, o bien en clusters, las que sí muestran su relación con el distrés. Así, la Aproximación Cognitivo-Comportamental al problema, que implica su modificación por medio de la búsqueda y aplicación de soluciones y de la percepción de los aspectos positivos, se asocia con mejor estado emocional con capacidad de predicción variable. Estudios anteriores han mostrado este mismo resultado (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor y Falke, 1992; Stanton y Snider, 1993; Carver, Pozo, Harris *et al.*, 1993).

La Evitación, como dimensión que incluye diferentes formas y como cluster de pacientes que las utilizan como forma de afrontamiento básica, se asocia a distrés en el momento de medida y en períodos cercanos (3-4 meses). En la misma línea, estudios previos ha mostrado también la asociación con un alto grado de distrés por parte de estrategias que implicanban evitación cognitiva y comportamental (Dunkel-Schetter *et al.*, 1992; Santon y Snider, 1993; Carver *et al.*, 1993).

Sin embargo, la Evitación en combinación con la Aproximación también presenta relación con menor distrés en uno de los análisis cluster. Los resultados del "*Espíritu de Lucha*" en los trabajos que utilizan el MAC, apoyan de alguna manera la relación positiva entre el buen estado emocional y los dos tipos de afrontamiento, al incluir dicho factor ambas dimensiones, además de otras variables. La Evitación aparece, pues, como una opción de respuestas que puede permitir inicialmente alejarse de la emoción negativa y que, junto con formas aproximativas, puede facilitar el proceso de manejo de la amenaza que supone la enfermedad.

Existen, en gereral, importantes problemas para llegar a conclusiones válidas sobre el papel de la negación. Tanto en los trabajos que utilizan el MAC como en otro tipo de instrumentos, o bien se evalúa mediante sólo un ítem (Lauver y Tak, 1995, por ejemplo) o bien se encuentran mezclados con otros contenidos y suponen, finalmente, grados diferentes de distanciamiento cognitivo o comportamental del problema.

AFRONTAMIENTO Y CURSO DE LA ENFERMEDAD

La asociación del afrontamiento con el curso de la enfermedad se analizó en 5 estudios longitudinales, en donde la medida del afrontamiento tuvo lugar en el momento del diagnóstico o inicio de tratamiento; y la evaluación del curso de la enfermedad se realizó en períodos de tiempo variables, entre 3 meses y 8 años. La variable resultado es sobre todo la supervivencia en el tiempo transcurrido, aunque se estudian otros parámetros relacionados con curso clínico e histopatológico de la enfermedad (Buddeberg, Sieber, Wolf, *et al.*, 1996) (ver tabla 3). Dos de los trabajos no encuentran ningún tipo de relación (Giraldi, Rodani, Cartei y Grassi, 1997; Buddeberg *et al.*, 1996).

En los tres trabajos restantes, las relaciones se dan en el sentido de una menor supervivencia. Utilizan instrumentos diferentes que tienen en común que, más que medir estrategias, registran respuestas cognitivas que muestran falta de control percibido, uso de cogniciones desadaptativas y pasividad.

Así, una de las relaciones significativas encontradas fue el menor índice de supervivencia en pacientes con un estado inicial de "Desesperanza-Desamparo", medido con el MAC (Watson, Haviland, Greer *et al.*, 1998). Dos revisiones de investigaciones previas que aplican esta medida indican también resultados desfavorables en cuanto al curso de la enfermedad por parte de la "Desesperanza"; y de otros estados de ajuste como "Fatalismo" y "Preocupación ansiosa" (Watson y Greer, 1998; De Boer, Ryckman, Pruyn y Van den Borne, 1999).

En los otros dos estudios aparecen como predictoras dos estrategias evitativas. Una de ellas implica pasividad, abandono social y sentimientos negativos (etiquetada como "Aceptación") (Molassiotis, Van Den Akker, Milligan y Goldman, 1997). En el otro caso, se trata del "Afrontamiento depresivo" (rumiación, abandono social, autocompasión, irritabilidad hacia otros, entre otros) (Faller, Bülzebruck, Drings y Lang, 1999). Sin embargo, en estudios previos con otras medidas el afrontamiento no aparece relacionado con una peor supervivencia (De Boer *et al.*, 1999).

Finalmente, en una de las tres investigaciones, encontramos que la reevaluación y comparación positiva ("Optimismo") predice mayor supervivencia un año después (Molassiotis *et al.*, 1997). En trabajos previos el "Espíritu de Lucha"

(MAC) ha resultado también predictor de mayor supervivencia, aunque no de un modo consistente (Watson y Greer, 1998). La mayor supervivencia no se encuentra tampoco relacionada con otras medidas de afrontamiento activo; por el contrario, son parámetros clínicos los realmente determinantes del curso de la enfermedad (Watson y Greer, 1998; De Boer *et al*., 1999).

Los estudios y resultados son escasos pero cuando se dan, apoyan más el efecto de la falta de estrategias de afrontamiento y el estilo cognitivo negativo que el papel beneficioso de determinadas estrategias.

Tabla 3. Relación Afrontamiento - Curso de la Enfermedad

Autores	Muestra	Diseño Análisis	Afrontamiento* / Curso enfermedad	Resultados
Buddeberg *et al* (1996)	N= 107 Ca. Mama Estadios I – IV Tratamiento - seguimiento	**Longitudinal** ZKV T1 – T5: cada 3 meses T6 – T9: cada 6 meses FKV T1, T5, T7 y T9 (cada 12 meses) Análisis correlación	**ZKV y FKV** Tamaño tumor Nodos linfáticos Metástasis Supervivencia	**T1 – T9** n.s.
Giraldi *et al.* (1997)	N= 90 Ca. Mama Diagnóstico-Seguimiento	**Longitudinal** T1: diagnóstico T2: 6 años post-diagnóstico Análisis regresión	**MAC** Recidiva Supervivencia	n.s.
Molassiotis *et al.* (1997)	N= 31 Leucemia con trasplante Tratamiento - seguimiento	**Longitudinal** T1: Trasplante T2: 1 año post-trasplante Análisis regresión	**JCS modificado** Supervivencia	**T1 – T2** (+) "Optimismo" (-) "Aceptación"
Watson *et al.* (1998).	N=392 Ca. Mama	**Longitudinal** T1: 4-12 semanas post-diagnóstico T2: 5 años Análisis regresión	**MAC** Supervivencia	**T1 - T2** (-) "Desesperanza"
Faller *et al.* (1999)	N= 103 Ca. Pulmón Tratamiento-seguimiento	**Longitudinal** T1 pre-tratamiento (seguim. hasta 7-8 años) Análisis regresión	**FKV** Supervivencia	**T1** (-) Afrontamiento depresivo

* Referencia instrumentos ver Anexo I

AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER Y CALIDAD DE VIDA

La “calidad de vida” ha sido estudiada en 9 trabajos que utilizan para su valoración medidas conceptualmente variables; desde escalas numéricas de ajuste (Lavery y Clarke, 1996; Klauer y Filipp, 1997); escalas de impacto por la enfermedad (Wagner y Armstrong, 1995); hasta diferentes medidas de calidad de vida y bienestar (ver tabla 4).

Los estudios muestran resultados escasos y los que aparecen son heterogéneos en cuanto a la categoría de afrontamiento. “Aceptación de responsabilidad” (WOC) y “Evitación” (CRI) (Miller *et al.*, 1996; y McCaul *et al.*, 1999, respectivamente) se asociaron a peores resultados en calidad de vida a los 4 meses. Por su parte, la “Supresión de actividades distractoras” y la “Religiosidad” se relacionaron con mayor impacto de la enfermedad (Wagner y Armstrong, 1995).

En general, las investigaciones que emplean el MAC muestran resultados semejantes a los obtenidos en el apartado de distrés emocional, siendo más consistentes en medidas transversales y con una capacidad de predicción principalmente a corto plazo: el “Espíritu de Lucha” se relaciona con una mejor calidad de vida; mientras que los otros estados de ajuste se asocian en sentido contrario, excepto un resultado contradictorio encontrado con la "Preocupación Ansiosa" (Lavery y Clarke, 1996). En los 2 estudios transversales realizados con el MAC que utilizan medidas de calidad de vida, los resultados son favorables para el “Espíritu de Lucha” y desfavorables para el resto de subescalas (Nordin y Glimelius, 1998; Schnoll *et al.*, 1998). La “Desesperanza” se asoció negativamente con una medida de ajuste en otro análisis transversal (Lavery y Clarke, 1996). Finalmente, en uno de los dos estudios longitudinales, la “Preocupación Ansiosa” fue la única estrategia asociada a una peor calidad de vida a los 3 y 6 meses (Ferrero *et al.*, 1995).

La escasa cantidad de estudios y la heterogeneidad de lo que se mide como variable resultado explican en parte la dificultad de concluir en este apartado, aunque los datos apoyan la misma dirección de relaciones de las estrategias y dimensiones de afrontamiento con la calidad de vida que las encontradas con distrés.

Tabla 4. Relación Afrontamiento – Calidad de vida / Bienestar

Autores	Muestra	Diseño Análisis	Afrontamiento* /Calidad de vida	Resultados
Wagner y Armstrong (1995)	N= 41 hombres ≠ diagnósticos	**Transversal** Análisis correlación	**COPE** The Illness Effects Questionnaire	(-) Supresión actividades distractoras (-) "Religion"
Klauer y Filipp (1997)	N=100 ≠ diagnósticos Seguimiento	**Transversal** Análisis regresión	**TSK** Ajuste escala 0 –100	(-) "Rumiación"
Miller *et al.* (1996)	N= 74 diagnósticos Estad. II, III yIV Ca. avanzado	**Longitudinal** T1: entrevista T2:2 meses postentrev. T3:4 meses postentrev. Análisis regresión	**WOC**-Revisado MHI - Bienestar	**T1** n.s. **T1 - T3** (-) "Aceptación responsabilidad"
McCaul *et al.* (1999)	N= 61 Ca. Mama Estadíos I y II Diagnóstico	**Longitudinal** T1: diagnóstico T2: 4 meses postdiagn. Análisis correlación	**CRI** MOS - Calidad de vida	**T1** (-) "Evitación" **T1 – T2** (-) "Evitación"
Lavery y Clarke (1996)	N= 244 Ca. Mama Seguimiento	**Transversal** Análisis regresión	**MAC** Escala numérica Ajuste	(-) "Desesperanza" (+) "Preocupación ansiosa"
Nordin y Glimelius (1998)	N= 139 Ca. Gastrointes. Diagnóstico	**Transversal** T1: diagnóst. (0-3 m.) T2: 3 meses postdiagn. T3: 6 meses postdiagn. T4: 12 meses postdiag. Análisis correlación	**MAC** EORTC QLQ-C30 - Calidad de vida	**T1** (+) "Espíritu de lucha" (-) "Preocupación Ansiosa" (-) "Desesperanza"
Schnoll *et al.* (1998)	N=100 Ca. Mama. Estadios II, IV Tratamiento	**Transversal** Evaluación pre-terapia Análisis regresión	**MAC** FLIC - Calidad de vida	(+) "Espíritu de Lucha" (-) "Preocupación ansiosa" (-) "Desesperanza" (-) "Fatalismo"
Ferrero *et al.* (1995)	N= 69 Ca. Mama Estadios I, II, III Tratamiento	**Longitudinal** T1: postcirugía T2: 3 meses T3: 6 meses (final tratamiento) Análisis regresión	**MAC** EORTC - Calidad de vida	**T1 – T2** n.s. **T2 – T3** (-) "Preocupación ansiosa" **T1 – T3** (-) "Preocupación ansiosa" (+) "Negación"
Grassi y Rosti (1996)	N= 52 ≠ diagnósticos Diagnóstico-Seguimiento	**Longitudinal** T1: 3 meses postdiagn. T2: 6 años postdiagn. Anal. regres. múltiple	**MAC** ÍNDICE FS/H: Subescalas del MAC	**T1** (+) "Espíritu de Lucha" (+) "Preocupación ansiosa" (-) "Fatalismo" (-) "Desesperanza" **T1 –T2** n.s.

* Referencia instrumentos ver Anexo I

CONCLUSIONES

Los resultados permiten concluir que los pacientes con cáncer utilizan combinaciones de estrategias que tienen que ver con categorías y dimensiones de afrontamiento diferentes. Así, la investigación de la respuesta emocional como variable resultado muestra que las estrategias de afrontamiento por sí solas presentan escasa asociación con dicha respuesta. Las que muestran su relación con el distrés son combinaciones de estrategias, bien dentro de dimensiones, o bien en clusters, con claras asociaciones a corto plazo con el estado emocional. En este sentido, tanto la aproximación como su combinación con evitación se encuentran asociadas a menor distrés; mientras que distintas formas de evitación se relacionan con respuestas emocionales negativas. Sin embargo los datos que ofrece la literatura no apoyan las relaciones con el estado emocional a largo plazo.

En cuanto al papel del afrontamiento con la evolución de la enfermedad, se hace necesaria mayor cantidad de estudios que muestren de un modo sistemático la relación entre un parámetro psicológico y resultados clínicos, teniendo en cuenta que, en esa relación, los niveles de análisis y variables implicadas aún hacen más complejo la clarificación de los procesos implicados y de sus resultados. Sin embargo, aunque los estudios son escasos y las medidas heterogéneas, los resultados apuntan la posibilidad de que la falta de afrontamiento en el marco de un estilo cognitivo negativo al que acompañaría un estado emocional depresivo constituya un factor de riesgo en términos de supervivencia. Las posibilidades de modificación cognitiva subrayan la importancia de identificar a los pacientes que ya desde el inicio de la enfermedad desarrollen este tipo de respuestas.

Por su parte, la calidad de vida, entendida en sentido amplio y englobando por tanto resultados en distintos ámbitos vitales del individuo, requiere mayor cantidad de estudios.

A pesar de que se evaluan más respuestas aproximativas, las estrategias evitativas presentan un importante número de resultados en cuanto a su asociación con las variables revisadas. La falta de especificidad de los instrumentos para la situación de enfermedad, la dificultad de que los contenidos se interpreten realmente en la misma dirección y con igual intencionalidad por los sujetos (Aliaga y Capafons, 1996; Ridder, 1997), entre otras, se hacen más evidentes en el caso las estrategias evitativas y, en particular, en el de la "Negación".

La revisión de trabajos efectuada apoya la necesidad de reflexionar también sobre el diseño de los estudios que tratan de mostrar el papel del afrontamiento en la enfermedad. Los diseños transversales simples; los análisis de relación de una determinada estrategia, al margen de su utilización junto con otras muchas; el estudio del afrontamiento como respuesta situacional puntual frente al concepto de "proceso" que enmarca teóricamente la investigación; o la necesidad de considerar las pautas más estables de afrontar además de las respuestas situacionales, son

algunas de las cuestiones a tener en cuenta si pretendemos entender el papel real de este proceso (Lazarus, 1993; Ridder, 1997).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aliaga F y Capafons A. La Medida del Afrontamiento: Revisión Crítica de la "Escala de Modos de Coping" (Ways of Coping). *Ansiedad y Estrés*, 1996, 2, 17-26.

Billings AG y Moos RH. The role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events. *J Behav Med*, 1981, 4: 139-157.

Buddeberg C, Sieber M, Wolf C, Landolt-Ritter C, Richter D y Steiner R. Are Coping Strategies Related to Disease Outcome in Early Breast Cancer? *J Psychosom Res*, 1996, 40: 255-264.

Cohen S. After effects of stress on human performance and social behaviour: a review of research and theory. *Psychol Bull*, 1980, 88: 81-108.

Carver CS, Scheier MF y Weintrabub JK. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *J Pers Soc Psychol*, 1989, 56: 267-283.

Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier F, Robinson DS, Ketchman AS, Moffat FL y Clark KC. How Coping Mediates the Effect of Optimism on Distress: A Study of Women with Early Stage Breast Cancer. *J Pers Soc Psychol*, 1993, *65:* 373-390.

Chen CC, David A, Thomspon K, Smith C, Lea S y Fahy T. Coping Strategies and Psychiatric Morbidity in Women Attending Breast Assessment Clinics. *J Psychosom Res*, 1996, 40(3): 265-270.

Classen C, Koopman C, Angell K y Spiegel D. Coping Styles Associated With Psychological Adjustment to Advanced Breast Cancer. *Health Psychol*, 1996, 15: 434-437.

De Boer MF, Ryckman RM, Pruyn JFA y Van den Borne HW. Psychosocial Correlates of Cancer Relapse and Survival: A Literature Review. *Patient Education and Counselling*, 1999, 37: 215-230.

Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE y Falke RL. Patterns of Coping with Cancer. *Health Psychol*, 1992, 11: 79-87.

Endler NS y Parker DA. Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *J Pers Soc Psychol*, 1990, 58: 844-854.

Epping-Jordan JE, Compas BE, Osowiecki DM, Oppedisano G, Gerhardt C, Primo K y Krag DN. Psychological Adjustment in Breast Cancer: Processes of Emotional Distress. *Health Psychol*, 1999, 18(4): 315-326.

Epstein S y Meier P. Constructive thinking: a Broad coping Variable with Specific Components. *J Pers Soc Psychol,* 1989, 57: 332-350.

Faller H, Schilling S y Lang H. Causal Attribution and Adaptation among Lung Cancer Patients. *J Psychosom Res,* 1995, 39(5): 619-627.

Faller H, Bülzebruck H, Drings P y Lang H. Coping, Distress and Survival among Patients with Lung Cancer. *Arch Gen Psychiatry,* 1999, 56: 756-762.

Ferrero Berlanga J, Barreto MP y Toledo M. Mental Adjustment to Cancer and Quality of Life in Breast Cancer Patients: An Exploratory Study. *Psychooncology,* 1994, 3: 223-232.

Ferrero Berlanga J, Barreto MP y Toledo M. Negación y Cáncer: Una Reflexión y Algunos Resultados. *C Med Psicosom,* 1995, (34-35): 55-66.

Ferrero Berlanga J, Toledo M y Barreto MP. Evaluación Cognitiva y Afrontamiento como Predictores del Bienestar Futuro de las Pacientes con Cáncer de Mama. *Rev Latinoam Psicol,* 1995, 27: 87-102.

Ferrero Berlanga J, Toledo M y Barreto MP. El llamado espíritu de lucha de los pacientes de cáncer: noción, alcance y unos resultados. *C Med Psicosom,* 1996, 38: 35-45.

Folkman SH, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A y Gruen RJ. Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping and Encounter Outcomes. *J Pers Soc Psychol,* 1986, 50, 992-1003.

Giraldi T, Rodani MG, Cartei G y Grassi L. Psychosocial Factors and Breast Cancer: A 6-Year Italian Follow-up Study. *Psychother Psychosom,* 1997, 66: 229-236.

González MT y García ML. Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos. *Psiquis,* 1997, 18 (4): 17-27.

Grassi L y Rosti G. Psychosocial Morbidity and Adjustment to Illness Among Long-Term Cancer Survivors. *Psychosom,* 1996, 37(6): 523-532.

Grassi L, Caloro G, Zamorani M y Ramelli E. Psychological Morbidity and Psychosocial Variables Associated with Life-Threatening Illness: A Comparative Study of Patients with HIV Infection or Cancer. *Psychol Health Med,* 1997, 2(1): 29-39.

Grassi L, Rosti G, Lasalvia A y Marangolo M. Psychosocial Variables Associated with Mental Adjustment to Cancer. *Psychooncology,* 1993, 2:11-20.

Greer S. Psychological Response to Cancer and Survival. *Psychol Med,* 1991, 21: 43-49.

Gross RE, Burnett CB y Borelli M. Coping Responses to the Diagnosis of Breast Cancer in Postmastectomy Patients. *Cancer Practice,* 1996, 4(4): 204-211.

Heim E, Valach L y Schaffner L. Coping and Psychosocial Adaptation: Longitudinal Effects Over Time and Stages in Breast Cancer. *Psychosom Med*, 1997, 59: 408-418.

Hack TF y Degner LF. Coping with Breast Cancer: A Cluster Analytic Approach. *Breast Cancer Res Treat*, 1999, 54: 185-194.

Harcourt D, Rumsey N y Ambler N. Same-Day Diagnosis of Symptomatic Breast Problemas: Psychological Impact and Coping Strategies. *Psychol Health Med*, 1999, 4(1): 57-71.

Heim E, Augustiny K y Blaser A. *Berner Bewältigungsformen BEFO*. Handbuch: Bern, Huber Verlag, 1991.

Jalowiec A, Murphy SP y Powers MJ. Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nurs Res*, 1984, 33: 157-161.

Klauer T y Filipp SH. *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK).* Göttingen: Hogrefe, 1993.

Klauer T y Filipp SH. Life-Chang Perceptions in Cognitive Adaptation to Life-Treatening Illness. *Revue Europëe de Psychologie Appliquée*, 1997, 47: 181-187.

Komproe IH, Rijken M, Ros WJG, Winnubst JAM y Hart H. Available Support and Received Support: Different Effects under Stressful Circumstances. *J Soc Pers Relations*, 1997, 14(1): 59-77.

Kugaya A, Akechi T, Okamura H, Mikami I y Uchitomi Y. Correlates of Depressed Mood in Ambulatory Head and Neck Cancer Patients. *Psychooncology*, 1999, 8: 494-499.

Lazarus RS. The stress and coping paradigm. En: C Eisdorfer, D Cohen y A Kleiman (eds.). *Theoretical bases for psychopathology*. New York: McGraw-Hill, 1981.

Lazarus RS. Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosom Med*, 1993, 55: 234-247.

Lazarus RS y Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer, 1984. [Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986].

Lampic C, Wennberg A, Schill JE, Glimelius B, Brodin O y Sjödén PO. Coping, Psychosocial Well-Being and Anxiety in Cancer Patients at. Follow-up Visits. *Acta Oncol*, 1994, 33: 887-894.

Lauver D y Tak Y. Optimism and Coping with a Breast Cancer Symptom. *Nurs Res*, 1995, 44(4): 202-207.

Lavery JF y Clarke VA. Causal Attributions, Coping Strategies, and Adjustment to Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 1996, 19: 20-28.

McCaul KD, Sandgren AK, King B, O'Donell S, Branstetter A y Foreman G. Coping and Adjustment to Breast Cancer. *Psychooncology*, 1999, 8: 230-236.

Maunsell E, Brisson J y Deschene L. Social Support and Survival Among Women with Breast Cancer. *Cancer,* 1995, 76: 631-637.

Miller SM. Monitoring and Blunting: Validation of a Questionnaire to Assess Styles of Information Seeking under Threat. *J Pers Soc Psychol*, 1987, 54: 345-353.

Miller DL, Manne SL, Taylor R, Keates J y Dougherty J. Psychological Distress and Well-Being in Advanced Cancer: The Effects of Optimism and Coping. *J Clin Psychol Med Settings,* 1996, 3: 115-130.

Molassiotis A, Van Den Akker OBA, Milligan DW y Goldman JM. Symptom Distress, Coping Style and Biological Variables as Predictors of Survival After Bone Marrow Transplantation. *J Psychosom Res,* 1997, 42(3): 275-285.

Moorey S y Greer S. *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach*. London: Heinemann, 1989.

Moos RH. *Coping with physical illness.* New York: Plenum Press, 1977.

Moos RH. *Coping Responses Inventory Manual.* California: Stanford University and Veterans Admisnitration Medical Centre, 1988.

Moos RH y Schaefer JA. The Crisis of Psysical Illness: An Overview and Conceptual Approach. En: RH Moos (ed.) *Coping with Physical Illness: New Perspectives.* (vol. 2). (pp. 3-25). New York: Plenum, 1984.

Moos RH y Schaefer JA. Life transactions and crises: a conceptual overview. En: RH Moos (ed.). *Coping with life crises: an integrated approach.* New York: Plenum Press, 1986.

Morales MP, Granada O, Guerrero G, Penedo C y Muñoz V. Adaptación Psicológica en el Cáncer de mama: Comparación entre Mastectomía y Cirugía Conservadora. *Psiquis,* 1997, 18(9): 367-372.

Muthny FA. *Manual zum Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitun (FKV).* Weinheim, Beltz, 1988.

Nordin K y Glimelius G. Reactions to Gastrointestinal Cancer-Variation in Mental Adjustment and Emotional Well-Being over Time in Patients with Different Prognoses. *Psychooncology*, 1998, 7: 413-423.

Olivares Crespo ME y Cruzado Rodríguez JA Estrategias de Afrontamiento ante el Posible Diagnóstico de Neoplasia Mamaria. *Ansiedad y Estrés,* 1998, 4(2-3): 253-279.

Osowiecki DM y Compas BE. Psychological Adjustment to Cancer: Control Beliefs and Coping in Adult Cancer Patients. *Cogn Ther Res,* 1998, 22(5): 483-499.

Osowiecki DM y Compas BE. A Prospective Study of Coping Perceived Control and Psychological Adaptation to Breast Cancer. *Cogn Ther Res,* 1999, 23(2): 169-180.

Parle M, Jones B y Maguire P. Maladaptive Coping and Affective Disorders among Cancer Patient. *Psychol Med,* 1996, 26: 735-744.

Parker JDA y Endler NS. Coping with Coping Assessment: a Critical Review. *Eur J Pers,* 1992, 6: 321-344.

Pearlin LI y Schooler C. The Structure of Coping. *J Health Soc Behav,* 1978, 19: 2-21.

Perrez M y Reicherts M. A situation-behaviour approach to stress and coping. En: M Perrez y M Reicherts (eds.). *Stress, coping and health.* Seattle: Hogrefe & Huber Publ., 1992.

Ridder D (de). What is Wrong with Coping Assessment? A Review of Conceptual and Methodological Issues. *Psychol Health,* 1997: 12, 417-431.

Rodríguez-Marín J, Terol MC, López-Roig S y Pastor MA. Evaluación del Afrontamiento del estrés: Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Forma de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes. *Rev Psicol Salud,* 1992, 4(2): 59-84.

Shapiro DE, Boggs SR, Rodrigue JR, Urry HL, Algina JJ, Hellman R y Ewen F. Stage II Breast Cancer: Differences Between Four Coping Patterns Inside Effects During Adjuvant Chemotherapy. *J Psychosom Res,* 1997, 43(2): 143-157.

Schnoll RA, Harlow LL, Stolbach LL y Brandt U. A Structural Model of the Relationships among Stage of Disease, Age, Coping, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer. *Psychooncology,* 1998, 7: 69-77.

Schreurs PJG, Van de Willigie G, Tellegen B y Brosschot J. *De Utrechtse Coping-inglijst (UCL): Een Handeliding (The Utrecht Coping List (UCL)).* Lisse: Swets en Zaitlinger, 1988.

Schwartz MD, Lerman C, Miller SM, Daly M y Masny A. Coping Disposition, Perceived Risk, and Psychological Distress Among Women at Increased Risk for Ovarian Cancer. *Health Psychol,* 1995, 14(3): 232-235.

Sieber M y Buddeberg C. Der Zürcher Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (ZKV). 1990. [No publicado]

Stanton AL y Snider PR. Coping with a Breast Cancer Diagnosis: A Prospective Study. *Health Psychol,* 1993, 12: 16-23.

Terol MC. *Apoyo Social y Salud en Pacientes Oncológicos* [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad Miguel Hernández, 1999.

Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV y Wigal JK. The Hierarchical Factor Structure of the Coping Strategies Inventory. *Cogn Ther Res*, 1989, 13: 343-361.

Wagner MK y Armstrong D. Cognitive Determinants of Quality of Life After Onset of Cancer. *Psychol Rep*, 1995, 77: 147-154.

Watson M, Greer S, Rowden L, Gorman C, Robertson B, Bliss JM y Tunmore R. Relationships between Emotional Control, Adjustment to Cancer and Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients. *Psychol Med*, 1991: 21, 51-57.

Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C y Roberston B. Development of a Questionnaire Measure of Adjustment to Cancer: The MAC scale. *Psychol Med*, 1988, 18: 203-209.

Watson M y Greer S. Personality and Coping. En: JC Holland (ed.) *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 1998.

Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J y Bliss JM. Does Psychological Response Influence Suvirval from Breast Cancer? *Psychooncology*, 1998: 7.

Nota:
Este trabajo se ha realizado con la ayuda de investigación (nº 99/0856) del Fondo de Investigaciones Sanitarias.

Correspondencia:
Sofía López Roig.
Dpto. Psicología de la Salud.
Facultad de Medicina.
Universidad Miguel Hernández.
Ctra. Alicante-Valencia, Km.87
03550 - San Juan de Alicante. Apdo.Correos nº 18
Telf: 965 919 463.
E-mail: slroig@umh.es

ANEXO I

BECOMO (The Bernese Coping Modes, Heim *et al.*, 1991)
Bf-S (Emotional State Scale, Zerssen, 1976)
BSI (Brief sympton Inventory, Derogatis y Spencer, 1981)
CEA (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, Rodríguez-Marín *et al.*,1992)
CES-D (Depresión Scale, Raldoff; 1977)
COPE (Carver *et al*, 1989)
CRI (Coping Response Inventory, Moos, 1988)
CSI (Coping Strategies Inventory, Tobin *et al.*, 1989)
Cuestionario de Calidad de Vida (Kaasa *et al.*, 1988)
D-S (Depressivitäts-Skala, Zerssen, 1976)
EORTC (Quality of Life Questionnaire of the European Organization for Research and Treatment of Cancer, adaptación de Barreto *et al*, 1990)
FLIC (Functional Living Index-Cancer, Schipper et al, 1984)
FKV (Freiburg Coping Questionnaire, Muthny, 1988)
GHQ (General Health Questionnaire, Goldberg, 1972)
GHQ-12 (12 item General Health Questionnaire, Goldberg y Williams, 1988)
HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale, adaptación López-Roig *et al,* 1998)
Illness Effects Questionnaire (Greenberg, Peterson y Heilbroner, 1989)
JCS (Jalowiec Coping Scales, Jalowiec *et al*, 1987)
MAC (Mental Adjustment to Cancer, Watson *et al*, 1988)
MBSS (Miller Behavioral Style Scale, Miller, 1987)
MCMQ (Medical Coping Modes Questionnaire, Feifel *et al.*, 1987)
MHI (Mental Health Inventory, Veit and Ware, 1983)
MOS (Medical Outcomes Scale; Stewart *et al.*, 1988)
PAS (The Psychiatric Assessment Schedule, Dean et al, 1983)
POMS (Profile of Mood States, McNair, Lorr y Droppleman, 1971)
RSCL (Rotterdam Symptom Checklist, De Haes *et al.*, 1990)
SCL-90R (Symptom Checklist-90-Revised, Derogatis, 1983)

SDS (Self-Rating Depression Scale, Zung, 1968)
TSK (Trier Scales on Coping; Klauer y Filipp, 1993)
UCL (Utrecht Coping List; Schreurs *et al.*, 1988)
WOC (Ways of Coping Questionnaire, Folkman *et al.*, 1986)
ZKV (Zurich Coping Questionnaire, Sieber y Buddeberg, 1990).