

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA



**AFRONTAMIENTO DEL CANCER Y
SENTIDO DE LA VIDA: UN ESTUDIO
EMPÍRICO Y CLÍNICO**

Tesis doctoral realizada por M^a Isabel Rodríguez Fernández

Bajo la dirección del Doctor D. Aquilino Polaino-Lorente

MADRID 2006

AGRADECIMIENTOS

Aprovecho estas líneas para expresar mi gratitud a todas las personas que han hecho posible que esta tesis se haya desarrollado y terminado. Muchas son estas personas y por lo tanto muchos son los agradecimientos que me siento animada a expresar.

En primer lugar agradezco a mi director de tesis Aquilino Polaino-Lorente su actitud receptiva a mi propuesta de realizar este trabajo y su apoyo, orientación, confianza y paciencia durante el desarrollo del mismo.

También quiero expresar mi gratitud a Joaquín de Paúl por sus oportunas recomendaciones y generosas instrucciones para ordenar mis ideas y manejarme en el mundo de la estadística.

Añado a estos agradecimientos a varias personas de la Asociación Española de Logoterapia, que me ayudaron a confiar en que era posible seguir el camino que estaba trazando en mi investigación y me han dado ánimos durante estos años. Una especial mención dentro de dicha asociación merece M^a Ángeles Noblejas.

A Jesús Poveda quiero agradecerle su ayuda con algunos aspectos de la tesis y sobre todo actitud incansable de estimularme a terminar y su confianza en que llegaría a hacerlo.

También quiero expresar mi agradecimiento al Servicio de Oncología del Hospital la Paz y muy especialmente al Doctor Manuel González Barón que desde un primer momento me mostró un apoyo incondicional y confió en mi trabajo. Extiendo mi agradecimiento al Doctor García Gómez del Servicio de Oncología del Hospital Gregorio Marañón y a todo el Servicio de Oncología del Hospital de Alcalá de Henares.

Agradezco inmensamente a todos los pacientes que participaron, su paciente colaboración, sus aportaciones, sugerencias y reflexiones que siempre han sido mucho más enriquecedoras e interesantes que lo que la ciencia me permite verter en estas líneas. Su lado humano y su apertura de corazón ha sido la principal lección que me llevo para saber cómo ser mejor persona y mejor profesional. Entre todas estas personas no puedo dejar de hacer

alusión a Gema Corrales que a pesar de su juventud y de su muerte precoz nos dio a todos los que estuvimos cerca de ella una lección de fortaleza, valentía y “espíritu” positivo ante la vida.

Quiero también mostrar mi gratitud a mis padres que desde que tengo uso de razón me estimularon y enseñaron a pensar y a hacerme preguntas sobre la vida.

Quiero que mi agradecimiento se haga extensivo a todos mis amigos, porque me han estimulado a seguir adelante y a continuar con mi trabajo y porque han tenido paciencia y han sabido respetar mis tiempos de aislamiento. Serían muchos los nombres que escribir y espero ser disculpada por no escribirlos todos.

ÍNDICE:

I.-INTRODUCCIÓN: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
II.- JUSTIFICACIÓN.....	15
III.- CÁNCER.....	20
1.- INTRODUCCIÓN	21
2.- CÁNCER DE PULMÓN	22
2.1.- Síntomas del cáncer de pulmón.....	25
2.2.- Tratamientos del cáncer de pulmón.....	26
IV.- REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE EL CÁNCER.....	27
1.- INTRODUCCIÓN	28
2.- ACTITUDES ANTE EL CÁNCER.....	32
2.1.- Condicionantes socioculturales	32
2.2.- Condicionantes individuales	33
3.- REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE EL DIAGNÓSTICO.....	35
4.- REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LOS TRATAMIENTOS	37
4.1.- Cirugía.....	37
4.2.- Quimioterapia.....	38
4.3.- Radioterapia	38
4.4.- Otras consecuencias de los tratamientos	39
4.5.- Hospitalizaciones	39
5.- FIN DE LOS TRATAMIENTOS.....	39
6.- FASE TERMINAL.....	40
6.1.- Introducción	40
6.2.- Actitudes ante la muerte.....	41
6.3.- Génesis y evolución de las actitudes ante la muerte:.....	46
6.4.- Actitudes ante la muerte y psicopatología.....	46
7.- REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE EL CÁNCER DE PULMÓN	47
V.- ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS... 49	
1.- INTRODUCCIÓN	50
2.- PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	54
3.- DETECCIÓN DE PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	59
3.1.- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).....	60
3.2.- MMPI-2 (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2) (Hathaway y McKinley, 1996).....	64
4.- ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN	66

VI.- AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER	72
1.- CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO	73
2.- CONDICIONANTES DEL AFRONTAMIENTO	78
2.1.- Condicionantes de la situación	78
2.2.- Condicionantes individuales	79
3.- DIFERENCIAS POR SEXOS.....	81
4.- EFICACIA DEL AFRONTAMIENTO.....	82
5.- ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS Y NO ADAPTATIVAS	83
6.- AFRONTAMIENTO Y SALUD MENTAL.....	84
7.- EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO	85
7.1.- Inventario de Modos de Afrontamiento	86
7.2.- COPE	87
7.2.1.- Afrontamiento conductual del problema.....	88
7.2.2.- Afrontamiento cognitivo del problema	88
7.2.3.- Escape cognitivo	89
7.2.4.- Afrontamiento centrado en las emociones	90
7.2.5.- Escape conductual.....	90
7.2.6.- Consumo de alcohol o drogas	91
7.3.- Ventajas del COPE.....	91
7.4.- Inconvenientes del COPE	92
8.- AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER	92
8.1.- Introducción	92
8.2.- Condicionantes del afrontamiento del cáncer.....	93
8.2.1.- Condicionantes de la situación	93
8.2.2.- Condicionantes individuales.....	94
8.2.3.- Condicionantes socioculturales	95
8.3.- Estrategias de afrontamiento ante el cáncer adaptativas y no adaptativas.....	95
9.- MODELOS TEÓRICOS DEL AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER.....	97
9.1.- Modelo de Lipowski	97
9.2.- Modelo de Weissman	100
9.3.- Modelo de Ray, Lindop y Gibson	102
9.4.- Modelo de Taylor.....	104
9.5.- Modelo de Moos y Schaefer.....	107
9.6.- Perspectiva de los Mundos Supuestos de Timko y Janoff-Bulman.....	109
9.7.- Teoría del ajuste psicológico al cáncer de Moorey y Greer	109
9.8.- Teoría del Temoshok: personalidad y estilos de afrontamiento	112
10.- RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL CÁNCER.....	113
11.- ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER.....	117
12.- ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN.....	122
VII.- LOCUS DE CONTROL.....	124
1.- CONCEPTO	125
2.- LOCUS DE CONTROL Y SALUD MENTAL.....	127
3.- AFRONTAMIENTO Y LOCUS DE CONTROL	129

4.- ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE LOCUS DE CONTROL EN ENFERMOS ONCOLÓGICOS	132
VIII.- SENTIDO	134
1.- CONCEPTO DE SENTIDO.....	135
2.- SENTIDO DE LA VIDA	142
2.1.- Concepto	142
2.2.- Perspectiva filosófica	148
2.3.- Conclusión sobre el sentido de la vida	150
3.- SENTIDO DE LA VIDA Y SALUD MENTAL.....	150
4.- SENTIDO DE LA VIDA Y SALUD MENTAL EN ENFERMOS ONCOLÓGICOS	156
5.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL SENTIDO DE LA VIDA.....	157
6.- ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE EL SENTIDO DE LA VIDA.....	159
7.- ESTUDIOS SOBRE EL SENTIDO DE LA VIDA EN ENFERMOS ONCOLÓGICOS	161
8.- SENTIDO DE VIDA Y DE LA MUERTE.....	166
9.- SENTIDO DE LA VIDA Y DEL SUFRIMIENTO	169
10.- SENTIDO LA VIDA Y SIGNIFICADO DEL CÁNCER	176
11.- SENTIDO Y AFRONTAMIENTO.....	187
11.1.- Introducción	187
11.2.- Estudios empíricos sobre afrontamiento del cáncer y sentido.....	190
12.- SENTIDO DE LA VIDA Y LOCUS DE CONTROL	192
IX.- RELIGIOSIDAD, ESPIRITUALIDAD Y CÁNCER	194
1.- INTRODUCCIÓN	195
1.1.- Concepto de espiritualidad	197
1.2.- Concepto de religión	199
1.3.- Concepto de religiosidad.....	201
2.- ESPIRITUALIDAD/RELIGIOSIDAD Y SALUD MENTAL	202
3.- RELIGIOSIDAD/ESPIRITUALIDAD EN ENFERMOS ONCOLÓGICOS.....	206
4.- RELIGIOSIDAD, ESPIRITUALIDAD Y AFRONTAMIENTO	208
4.1.- Introducción	208
4.2.- Espiritualidad y religiosidad en el afrontamiento del cáncer.....	210
5.- RELIGIOSIDAD Y SENTIDO	212
X.- OBJETIVOS	217
XI.- HIPÓTESIS.....	220
XII.- METODOLOGÍA.....	223

1.- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	224
2.- SELECCIÓN DE LA MUESTRA	225
3.- CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	225
4.- PROCEDIMIENTO.....	230
5.- VARIABLES E INSTRUMENTOS	231
5.1.- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	231
5.2.- ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y VARIABLES DE PERSONALIDAD	231
5.2.1.- MMPI-2: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2	232
5.2.2.- HAD: The Hospital Anxiety and Depression Scale	234
5.3.- ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: COPE	236
5.4.- LOCUS O LUGAR DE CONTROL: ESCALA I-E DE ROTTER.....	240
5.5.- SENTIDO DE LA VIDA: PIL	242
5.6.- RELIGIOSIDAD Y ESPIRITUALIDAD: SBI.....	244
5.7.- OTRAS VARIABLES	246
6.- ANÁLISIS DE DATOS.....	246
XIII.- RESULTADOS I: PARTE DESCRIPTIVA.....	247
1.- ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y VARIABLES DE PERSONALIDAD	248
1.1.- Escala HAD.....	248
1.2.-Inventario MMPI-2	251
1.2.1.- Hipocondría.....	253
1.2.2.- Depresión	254
1.2.3.- Histeria de conversión.....	254
1.2.4.- Desviación psicopática.....	255
1.2.5.- Paranoia.....	256
1.2.6.- Psicastenia.....	257
1.2.7.- Esquizofrenia.....	258
1.2.8.- Hipomanía.....	259
1.2.9.- Introversión social.....	259
1.2.10.- Comparación con población general	260
1.2.11.- Comparación entre hombres y mujeres de la muestra.....	263
2.- ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	264
2.1.- Comparación con población general	265
2.2.- Comparación entre hombres y mujeres	268
2.3.- Relación entre diferentes estrategias de afrontamiento	270
3.- LOCUS DE CONTROL	271
3.1.- Comparación con población general	272
3.2.- Comparación entre hombres y mujeres	272
4.- SENTIDO DE LA VIDA	274
5.- SENTIDO DEL SUFRIMIENTO	277
6.- CREENCIAS DE TIPO RELIGIOSO	282
7.- OTRAS VARIABLES.....	283
XIV.- RESULTADOS II: RELACIONES ENTRE VARIABLES	293
1.- RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y OTRAS VARIABLES.....	294

1.1.- RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	294
1.1.1.- Depresión y estrategias de afrontamiento.....	295
1.1.2.- Ansiedad y estrategias de afrontamiento.....	295
1.1.3.- Esquizofrenia y estrategias de afrontamiento.....	296
1.1.4.- Psicastenia y estrategias de afrontamiento.....	296
1.1.5.- Hipomanía y estrategias de afrontamiento.....	296
1.1.6.- Obsesión y estrategias de afrontamiento.....	297
1.2.- RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y LOCUS DE CONTROL.....	297
1.3.- RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y SENTIDO DE LA VIDA.....	297
1.3.1.- Depresión y sentido de la vida.....	297
1.3.2.- Ansiedad y sentido de la vida.....	298
1.3.3.- Otras alteraciones psicopatológicas y sentido de la vida.....	299
1.4.- RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y PERCEPCIÓN DEL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO.....	300
1.5.- RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y CREENCIAS RELIGIOSAS Y/O ESPIRITUALES.....	301
2.- RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y OTRAS VARIABLES.....	301
2.1.- RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LOCUS DE CONTROL.....	301
2.2.- RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL SENTIDO DE LA VIDA.....	303
2.3.- RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CREENCIAS RELIGIOSAS Y/O ESPIRITUALES.....	303
3.- RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y OTRAS VARIABLES.....	304
3.1.- RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y PERCEPCIÓN DEL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO.....	304
3.2.- RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y CREENCIAS RELIGIOSAS Y/O ESPIRITUALES.....	304
3.3.- RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y LOCUS DE CONTROL.....	305
XV.- DISCUSIÓN.....	306
1.- OBJETIVO 1: DESCRIBIR LA PREVALENCIA DE DIFERENTES ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y VARIABLES DE PERSONALIDAD.....	307
2.- OBJETIVO 2: DESCRIPCIÓN DE OTRAS VARIABLES.....	315
2.1.- OBJETIVO 2.1: DESCRIBIR LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN.....	315
2.2.- OBJETIVO 2.2: DESCRIBIR EL TIPO DE LOCUS DE CONTROL.....	320
2.3.- OBJETIVO 2.3: DESCRIBIR EL SENTIDO DE LA VIDA.....	320
2.4.- OBJETIVO 2.4: DESCRIBIR LA PERCEPCIÓN DEL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO.....	323
2.5.- OBJETIVO 2.5: DESCRIBIR LAS CREENCIAS RELIGIOSAS Y/O ESPIRITUALES EN ENFERMOS CON CÁNCER DE PULMÓN.....	324
3.- OBJETIVO 3: CONOCER LA RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y OTRAS VARIABLES.....	325
3.1.- OBJETIVO 3.1: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN.....	325
3.2.- OBJETIVO 3.2: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y LOCUS DE CONTROL.....	329
3.3.- OBJETIVO 3.3: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y SENTIDO DE LA VIDA.....	330
3.4.- OBJETIVO 3.4: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y PERCEPCIÓN DEL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO.....	332
4.- OBJETIVO 4: CONOCER LA RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y OTRAS VARIABLES.....	333

4.1.- OBJETIVO 4.1: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE EL ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN Y LOCUS DE CONTROL.....	333
4.2.- OBJETIVO 4.2: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN Y SENTIDO DE LA VIDA.....	335
4.3.- OBJETIVO 4.3: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN Y CREENCIAS RELIGIOSAS Y/O ESPIRITUALES.....	336
5.- OBJETIVO 5: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y OTRAS VARIABLES.....	337
5.1.- OBJETIVO 5.1: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y PERCEPCIÓN DEL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO.....	338
5.2.- OBJETIVO 5.2: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y CREENCIAS RELIGIOSAS Y/O ESPIRITUALES	338
5.3.- OBJETIVO 5.3: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y LOCUS DE CONTROL.....	339
6.- VISIÓN GENERAL.....	340
7.- LIMITACIONES DEL PRESENTE ESTUDIO	340
8.- RECOMENDACIONES FUTURAS	344
9.- ALGUNAS PREGUNTAS.....	346
10.- REFLEXIÓN FINAL.....	347
XVI.- CONCLUSIONES	348
XVII.- BIBLIOGRAFÍA	354
XVIII.- ANEXOS	392
ANEXO I: HOJA INFORMATIVA Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	393
ANEXO II: CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	396
ANEXO III: HAD (The Hospital Anxiety and Depression Scale).....	399
ANEXO IV: COPE.....	402
ANEXO V: ESCALA I-E O INVENTARIO DE REACCIÓN SOCIAL DE ROTTER	406
ANEXO VI: PIL (Purpose-In-Life Test).....	410
ANEXO VII: SBI (Sistems of Belief Inventory: Inventario de sistemas de creencias).....	415
ANEXO VIII: ASR (Afrontamiento, sentido y religiosidad).....	418
ANEXO IX: TABLA DE CORRELACIONES ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	422

**I.-INTRODUCCIÓN:
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El diagnóstico de un cáncer supone un importante impacto psíquico en la persona que lo recibe. El cáncer es la segunda causa de muerte en los países desarrollados y la primera causa de muerte en hombres en España, lo que tiene que ver con el temor relacionado con este diagnóstico. Consiste un conjunto de enfermedades muy temidas por la gravedad que pueden suponer y porque hoy en día se asocian en el imaginario colectivo a muerte y deterioro importante. Además de los condicionantes socioculturales, hay una serie de condicionantes individuales (personalidad previa, experiencias de personas cercanas con el cáncer, atribuciones que se dan a la propia situación, creencias religiosas, etc.) que también influyen en la reacción psicológica de la persona ante el diagnóstico. El hecho de asociar cáncer a muerte y a sufrimiento, hace que cuando una persona haya de enfrentarse a este diagnóstico, se vea enfrentada a su propia muerte con el consiguiente sufrimiento y angustia ante dicha probabilidad. Aparte de estas circunstancias, el cáncer de pulmón en particular, que es en el que se centra el presente trabajo, es uno de los más frecuentes en la población general y tiene unas elevadas tasas de mortalidad, razón por la cuál son comprensibles las dificultades de los pacientes para enfrentarse al mismo.

La mayoría de las personas viven con mucho temor, ansiedad, o preocupación el hecho de enfrentarse ante una enfermedad grave que amenaza sus vidas, como se pone de manifiesto cuando alguien recibe el diagnóstico de un cáncer. Aparte de las alteraciones que conlleva el seguir sus tratamientos, la ruptura con las actividades habituales o el enfrentamiento con la posibilidad de no poder realizar los planes futuros, está la posibilidad de una muerte próxima. Todas las dificultades imaginarias o reales ante el diagnóstico de un cáncer pueden suponer fuentes importantes de estrés para los pacientes, que les puede llevar incluso a sufrir una serie de alteraciones psicopatológicas si se ven desbordados por dicho estrés, al no saber manejarlo o aminorarlo.

Ante dicho estrés se ponen en funcionamiento las reacciones de afrontamiento para intentar manejar la situación y atenuar el impacto emocional de la misma; es decir, el afrontamiento podría mediar el impacto del estrés en la psique del enfermo y por lo tanto mediar el efecto del diagnóstico en la aparición de alteraciones psicopatológicas. El concepto de afrontamiento se basa fundamentalmente en la teoría de Lazarus y Folkman (1986) sobre el estrés psicológico y el proceso de afrontamiento. Según estos autores el afrontamiento consistiría en los esfuerzos cognitivos y conductuales, que son constantemente cambiantes,

que lleva a cabo la persona para manejar las demandas específicas internas y/o externas que al ser evaluadas resultan estresantes.

Las reacciones psicológicas del enfermo ante la situación de padecer un cáncer son complejas y se pueden ver influenciadas por diferentes factores como: el tipo de enfermedad, el nivel previo de adaptación, la amenaza que supone sobre los objetivos de vida (en relación con el sentido de su vida), las actitudes culturales y religiosas, el apoyo afectivo del que se dispone, las potencialidades para la rehabilitación psíquica y psicológica, personalidad previa y estilos de afrontamiento (Holland, 1991).

Afrontar un diagnóstico de cáncer supone tener que afrontar una multitud de estresores potenciales que varían según las circunstancias de cada persona y que están en función de las amenazas percibidas. Dicho afrontamiento es un proceso dinámico que puede ir cambiando a lo largo del tiempo y puede estar condicionado por las creencias previas sobre lo que es la vida, sobre lo que es enfrentarse a ciertas circunstancias estresantes y por los significados que atribuye la persona ante lo que está pasando. Es decir, para comprender su proceso de afrontamiento, es muy importante tener en cuenta las atribuciones que el paciente hace a su situación, que están estrechamente relacionadas con sus sistemas de creencias sobre la vida en general, dentro de lo que también pueden tener alguna repercusión las creencias religiosas. Estas atribuciones que el paciente hace de su situación, como sus sistemas de creencias en general, pueden estar muy relacionadas con los significados o sentido que da a su vida en esa situación concreta o de una manera más global. El sentido que puede adquirir la situación de padecer un cáncer para enfermo oncológico está muy probablemente relacionado con el sentido que puede tener su vida y con el sentido que encuentra a la muerte y al sufrimiento. Así que el afrontamiento puede estar condicionado por el sentido que uno encuentra a su vida, que a su vez está influenciado por las creencias existenciales o religiosas de las personas.

El sentido se ha considerado como un factor importante para la vida de las personas y para el afrontamiento de situaciones estresantes, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte desde perspectivas teóricas de tipo existencial y cognitivo (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; Frankl, 1988, 1990a, 1990b; Janoff-Bulman, 1992; Moos & Schaefer, 1986; Taylor, 1983, 1984). Además, existen diversos trabajos empíricos en los que se muestra su importancia a la hora de enfrentarse a situaciones difíciles y especialmente ante enfermedades

que amenazan la vida como el cáncer (Barkwell, 1991; Fife, 1994; Lewis, 1989; Noguchi et al., 2006; O'Connor, 1990; Reed, 1991; Taylor, 1983).

Distintos autores hacen hincapié en que el hallar un sentido influye al afrontamiento (Steeves, 1992; Barkwell, 1991, Lipowski, 1985; Fife, 1994), que el sentido que cada uno desarrolla en torno a su enfermedad influye en su bienestar psicológico (Lewis, 1989) y que este sentido lleva a la persona con cáncer a desarrollar un sentido de coherencia en relación con las experiencias que vive (O'Connor, 1990), algo que también se puede relacionar con el sentido que se da al sufrimiento. Por lo tanto, el sentido parece ser un factor relevante en la adaptación a la enfermedad y en el afrontamiento de la misma, algo que resulta lógico si pensamos que el afrontamiento está condicionado por la evaluación cognitiva que se hace de una situación y por lo tanto del significado o sentido que se le da; algo que a su vez puede estar condicionado por visiones más generales acerca del significado o sentido que tiene la propia existencia. Así que el sentido de la vida y el que se le encuentra a la situación que se está pasando dentro de la propia vida puede condicionar el afrontamiento y las reacciones psíquicas ante la enfermedad; actuando también probablemente como una variable mediadora en el impacto psíquico de la enfermedad.

Por otra parte, el sentido de la vida puede tener que ver con creencias de tipo religioso y/o espiritual que pueden influir en el mismo, a la vez que también pueden influir en los mecanismos de afrontamiento (por condicionar una determinada forma de entender el mundo y los problemas de la vida y de responder ante los mismos) y en la repercusión psíquica del estrés que supone la enfermedad. Por estos motivos consideramos importante evaluar esta dimensión en los enfermos, ya que también pueden actuar como variables mediadoras en el impacto psíquico de la enfermedad.

Otro factor que puede influir o actuar como mediadora en las reacciones psicológicas ante la enfermedad es la percepción de control ante esa situación, ya que dicha percepción de control se puede ver amenazada por la enfermedad. Es posible que las personas que son capaces de mantener una mayor sensación de control ante lo que está sucediendo, tengan una mejor adaptación a la enfermedad y que esto a su vez se relacione con el sentido atribuido a lo que está pasando y con el sentido de la propia vida, así como con las estrategias de afrontamiento utilizadas. Por lo que finalmente, también condicionará la aparición o no de alteraciones psicopatológicas en estos enfermos.

Todos los aspectos señalados tienen que ver con diferentes dimensiones de la persona que han de ser valorados para tener una visión lo más integradora y multidimensional posible que ayude a la comprensión de lo que le está pasando al paciente de una forma lo más global posible. Para poder hacer, en función de dicha valoración global, una intervención también integradora y multidimensional de cara a tratar y prevenir las alteraciones psicopatológicas que puedan surgir, pues si el enfermo se ve desbordado por el diagnóstico y las condiciones de su enfermedad puede llegar incluso a desarrollar un trastorno psiquiátrico. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes serían (Derogatis et al., 1983): trastornos adaptativos, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad y síndromes mentales orgánicos. Los porcentajes de dichos trastornos varían entre distintos estudios en función de la metodología usada para evaluarlos, tipo de pacientes u otras variables. Pero independientemente de la mayor o menor prevalencia de este tipo de trastornos parece importante tenerlos en consideración pues se tienen a infradiagnosticar, y por lo tanto no se tratan en muchos entornos no psiquiátricos como el de la oncología. Dado que en estos pacientes se han detectado con más frecuencia que en la población general diversas alteraciones psicopatológicas, muy especialmente ansiedad y depresión; consideramos importante tratar de estudiar si las variables señaladas pueden influir o no en la aparición de dichos trastornos.

En función de las ideas expuestas, en el presente trabajo queremos tener en consideración un grupo de variables que pueden ser relevantes a la hora de comprender las reacciones psicológicas del paciente oncológico ante su diagnóstico y la posible aparición de alteraciones psicopatológicas; como son el sentido que encuentra a su vida y al sufrimiento, sus creencias religiosas, las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad y su locus de control. También consideramos oportuno tener en cuenta posibles relaciones entre algunas de estas variables que puedan arrojar algo de luz sobre lo que le está pasando al paciente. Es posible que dichas variables actúen como mediadoras o moderadoras del efecto del estrés generado por el diagnóstico del cáncer y por lo tanto influyan en que aparezcan o no alteraciones psicopatológicas. También es posible que se den algunas interacciones entre las mismas en una red compleja de relaciones entre unas y otras.

El motivo por el cuál se seleccionan estas variables, es porque se han estudiado poco en estudios previos por separado y no se han encontrado datos de la interrelación entre las mismas en trabajos anteriores con estos enfermos. También se ha considerado importante

hacer un enfoque integral en la comprensión de las reacciones psíquicas de estos enfermos y las posibles repercusiones de las mismas en su salud mental.

Si conseguimos entrever la influencia de algunos de estos factores en la salud psíquica de los enfermos oncológicos, tal vez podamos tener en consideración nuevas posibilidades en el desarrollo de estrategias más adecuadas para ayudarles ante las dificultades que sufren con su enfermedad.

II.- JUSTIFICACIÓN

Como ya hemos señalado en el apartado anterior, el diagnóstico de un cáncer puede tener una importante repercusión psicológica en la vida de muchas personas, lo que puede aumentar el riesgo que aparezcan diversas alteraciones psicopatológicas. Por este motivo son cada vez mayores las demandas de estos enfermos de recibir ayuda por parte de los servicios de salud mental o las quejas referentes a su estado psíquico. Hay numerosos estudios que investigan sobre diversas variables psicológicas en estos enfermos, pero aún faltan datos para aumentar la comprensión sobre sus reacciones psíquicas ante la enfermedad y sobre todo la consideración de dichas reacciones de una forma multidimensional.

Muchos trabajos han estudiado diferentes variables psicológicas del cáncer con grupos muy heterogéneos de pacientes, con diferentes tipos de cáncer simultáneamente, y en dichos grupos se han centrado en una sola dimensión o muy pocas de la vida psíquica de los enfermos. Hay pocos estudios con un cáncer concreto y en una determinada fase de la enfermedad, y puede ser un aspecto importante a tener en cuenta, ya que cambian mucho el pronóstico, el tratamiento y los síntomas en función de la fase de la enfermedad o de gravedad del cáncer en el momento que se diagnostica, y por lo tanto las reacciones psíquicas que se pueden dar. Es importante un estudio pormenorizado de las características de diferentes localizaciones tumorales que tienen diferentes patogénesis, síntomas, tratamientos, evolución y pronóstico, lo que puede cambiar sus repercusiones psicológicas por ser diferentes los estresores a los que tienen que enfrentarse los pacientes. Parece que es importante realizar estudios con muestras lo más homogéneas de pacientes que sea posible, tal y como se refleja en la literatura (Buccheri, 1998) para controlar mejor los aspectos señalados y las variables de confusión que pueden estar presentes e interferir en los resultados.

Por estos motivos hemos decidido elegir una localización determinada del cáncer y se ha elegido el cáncer de pulmón por ser uno de los más frecuentes en la actualidad y haber sido muy poco estudiado desde una perspectiva psicológica. La mayoría de los trabajos realizados con localizaciones tumorales específicas han sido con tumores ginecológicos y apenas hay publicaciones en las que se muestren datos de alteraciones psicopatológicas en enfermos de cáncer de pulmón, que además es más frecuente en varones y por lo tanto nos puede servir el hacer el presente estudio en esta localización tumoral para estudiar diferentes variables psicosociales en hombres con cáncer.

En el presente trabajo no se hacen diferencias entre los distintos tipos de cánceres de pulmón, porque el paciente no suele tener suficiente información para poder distinguir unos de otros; lo que normalmente le importa es su localización y la gravedad y pronóstico del mismo, aparte del tipo de tratamientos que se van a emplear. La fase de la enfermedad que se ha escogido es la III y la IV, es decir en personas con cáncer avanzado en tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia. Se ha escogido esta fase porque se supone que en la misma pueden producirse mayores repercusiones psíquicas por su gravedad, su pronóstico y la agresividad de los tratamientos y porque es más frecuente que el cáncer de pulmón se diagnostique en dichos estados avanzados que en estadios más precoces.

Cuando se habla de afrontamiento, hay que tener en cuenta cuál es el aspecto de la enfermedad al que se refiere dicho afrontamiento. Es este trabajo consideraremos el afrontamiento del hecho de recibir el diagnóstico de un cáncer de pulmón y por lo tanto nos centramos fundamentalmente en la reacción ante dicho diagnóstico.

Se evalúan un gran número de variables que se consideran relevantes para comprender la reacción psicológica del enfermo ante su enfermedad dentro de un enfoque integrador en el que se incluyen aportaciones del modelo cognitivo (como el concepto de afrontamiento o el de Locus de control) y del modelo existencial (como el concepto de sentido de la vida). Se evalúan además las creencias de tipo espiritual y religioso por ser temas relevantes para muchas personas cuando se enfrentan a la enfermedad y la muerte y porque pueden influir en las conductas de las personas y en su manera de interpretar la realidad. A esto se añade la evaluación de variables relacionadas con la personalidad y la psicopatología para tener una visión más amplia de las diferentes posibilidades de reacción psíquica de los pacientes y tratar de evaluar que factores podrían tener relación con la aparición de alteraciones psicopatológicas.

Esta valoración de distintas variables parece importante de cara a comprender mejor la reacción psicológica ante esta enfermedad grave que amenaza la vida y para tratar de encontrar datos que ayuden a desarrollar estrategias adecuadas en el futuro de prevención y de tratamiento de alteraciones psíquicas en estos pacientes. Algo que también podría servir para otros enfermos que se enfrenten a situaciones de similar gravedad, especialmente si la enfermedad es un cáncer de mal pronóstico, como es el caso del cáncer de pulmón.

También consideramos preciso poner de relieve la idea, extensamente desarrollada en la bibliografía de la repercusión de variables psicológicas en los estilos de vida de las personas, tanto en el cumplimiento de los tratamientos como en su calidad de vida e incluso en el pronóstico y supervivencia del cáncer (Bayés, 1991; McDaniel et al, 1996). En diferentes estudios se han encontrado relaciones entre factores psicológicos y diferentes variables relacionadas con el cáncer, como la relación entre alteraciones psicopatológicas y cáncer (los trastornos psiquiátricos podrían aumentar el riesgo de padecer un cáncer o alterar su evolución), entre estrés y cáncer (se ha hallado mayor incidencia de acontecimientos vitales estresantes, en algunos estudios, previos al inicio de algunos cánceres) (McDaniel et al., 1996). Además, es clara la relación entre estilos de vida y el desarrollo de determinados cánceres, factores también asociados a su evolución (Bayés, 1991). También parece ser que la psicoterapia puede ayudar a enfermos oncológicos a mejorar su calidad de vida, sus alteraciones psicopatológicas, favorecer un afrontamiento más activo de la enfermedad y en algunos casos dar lugar a una mayor supervivencia. Por último se ha planteado que unos determinados rasgos de personalidad tendrían que ver con mayor frecuencia o gravedad del cáncer (Temoshok, 1987). Por estas razones también consideramos de gran importancia el hacer una adecuada evaluación psíquica en estos enfermos de cara a desarrollar estrategias más adecuadas del cuidado de su salud considerada de una forma global, es decir, teniendo en cuenta que puede haber una estrecha relación entre variables psíquicas y biológicas.

Por los motivos anteriormente expuestos, consideramos que es necesario hacer un enfoque global e integrador, intentando ampliar un poco la perspectiva existente y enfocando nuestra atención en el cáncer de pulmón. Hay pocos estudios que tengan un enfoque en el que investiguen tantos aspectos psicológicos que puedan tener relación con la repercusión psíquica de la enfermedad en pacientes oncológicos, que incluya también la evaluación de las creencias de tipo religioso y/o espiritual. No se ha encontrado ningún estudio que evalúe a la vez las variables citadas en enfermos de cáncer de pulmón, ni en población española con estas características.

Además hay pocos estudios que investiguen sobre la relación entre el afrontamiento y el sentido de la vida en enfermos de cáncer y sobre cuáles son sus implicaciones en su comportamiento, la adaptación a esta circunstancia y sus alteraciones psicopatológicas. Por otra parte se ha mostrado que el sentido es importante en el proceso de adaptación a enfermedades graves (Barkwell, 1991; Lipowski, 1970; O'Connor, 1990; Steeves, 1992;

Taylor, 1983) e incluso se ha mostrado como una ayuda importante la terapia centrada en el sentido en pacientes oncológicos (Breitbart, 2002; Breitbart et al., 2004).

No se ha encontrado ningún estudio con enfermos de cáncer en el que se utilice el MMPI-2 y los estudios en los que se utiliza la versión anterior del MMPI son escasos. Se utiliza en el presente estudio por ser un instrumento muy completo para detectar diversas alteraciones psicopatológicas y algunos rasgos de personalidad.

Consideramos que para hacer una intervención adecuada e integral en el enfermo con cáncer de pulmón, es fundamental hacer un enfoque lo más abarcador posible de los aspectos más relevantes de su persona y así ayudar a mejorar su calidad de vida, el cumplimiento de los tratamientos, su estado psíquico y su actitud ante la enfermedad.

III.- CÁNCER

1.- INTRODUCCIÓN

El cáncer consiste en un conjunto de distintas entidades morbosas caracterizadas por la existencia de una proliferación anormal de células. Dicha proliferación anormal suele tener características de malignidad en función de su capacidad para invadir órganos y tejidos y diseminarse a distancia (López-Abente et al., 2002).

En términos absolutos, el cáncer es la primera causa de muerte en España, con 91.623 muertes en el año 2000 (57.382 en hombres y 34.241 en mujeres), lo que ha supuesto el 25,6% de todas las muertes en ese año. En ese mismo año, el cáncer se convirtió en la primera causa de muerte en hombres para el conjunto de España y para varias Comunidades Autónomas, entre las cuales está la Comunidad de Madrid. En mujeres es la segunda causa de muerte en España después de las enfermedades cardiovasculares y es la enfermedad que provoca el mayor número de años potenciales de vida perdidos (López-Abente et al., 2002)

El cáncer es un problema importante de salud en todos los países desarrollados, en los que es la segunda causa de muerte en la población general. Ya es la primera causa de muerte en menores de 85 años en Estados Unidos desde el año 2001 (Jemal et al., 2006).

Se estima que en el año 2002 hubo en todo el mundo 10,9 millones de casos nuevos, 6,7 millones de muertes y 24,6 millones de personas vivas enfermas de cáncer. El 70% de los enfermos de cáncer mueren a los 5 años del diagnóstico. El número absoluto de muertes por cáncer va en aumento, sobre todo en el caso del cáncer de pulmón en varones (Parkin et al., 2005), aunque el porcentaje de muertes por cada cáncer disminuye gracias a los tratamientos, a la prevención y al diagnóstico precoz (Edwards et al., 2005).

En los últimos años ha habido un aumento en el número de casos que se explica por un aumento de la población mundial, una mayor fuente de datos, el envejecimiento de la población o incluso por un aumento real en las tasas de incidencia (Parkin et al, 2005).

2.- CÁNCER DE PULMÓN

El cáncer de pulmón es el más importante en cuanto a mortalidad en los países occidentales y además, es el más frecuente en todo el mundo desde 1985 (12,4% de todos los nuevos cánceres diagnosticados) y el que tiene una mayor tasa de mortalidad a nivel mundial (supone la causa más frecuente de muerte por cáncer).

En los países desarrollados es el segundo en frecuencia en varones (después del de próstata) y en mujeres (después del de mama). En el mundo, es el cáncer más frecuente en hombres, con las tasas más altas en Norteamérica y Europa occidental (Parkin et al., 2005). El 69% de los casos de cáncer de pulmón ocurren en países desarrollados (Parkin et al., 2005).

Entre los años 1975 y 2002 en Estados Unidos el cáncer de pulmón ha sido el segundo cáncer más frecuente en varones y que desde el año 1991 es el segundo más frecuente en mujeres (Jemal et al., 2006).

Se espera que en el 2006 haya numerosos nuevos casos de cáncer de pulmón, siendo el segundo más frecuente en hombres y en mujeres y el que suponga la primera causa de mortalidad por cáncer en los Estados Unidos (y tal vez también en el resto del mundo) por ser uno de los de peor pronóstico (Jemal et al., 2006). Las tasas de mortalidad han ido disminuyendo en todos los cánceres excepto en el cáncer de pulmón en las mujeres que ha ido aumentando un 0,3% por año desde el año 1995 al 2002. La incidencia del cáncer de pulmón está disminuyendo en los varones y está aumentando en las mujeres, lo que tiene que ver con que el hábito de fumar alcanzó su máximo en las mujeres unos 20 años después que en los hombres (Jemal et al., 2006). En las mujeres también está aumentando la mortalidad por cáncer de pulmón (Edwards et al., 2005).

La causa evitable de cáncer más frecuente es el tabaco, un 16% de los cánceres (25% en hombres y un 5% en mujeres) se pueden atribuir a esta causa (Parkin et al., 1999). Se ha estimado que el tabaco contribuye a la aparición del 80-90% de los casos de cáncer de pulmón en hombres y del 55%-80% de los casos en mujeres. Otros casos se deben a la exposición ocupacional a diferentes sustancias -como el arsénico, el asbesto, los hidrocarburos aromáticos policíclicos, etc.-, que explicarían el 18% de los casos en hombres y menos del 1% en las mujeres. Otros factores de riesgo reconocidos son las radiaciones ionizantes, la

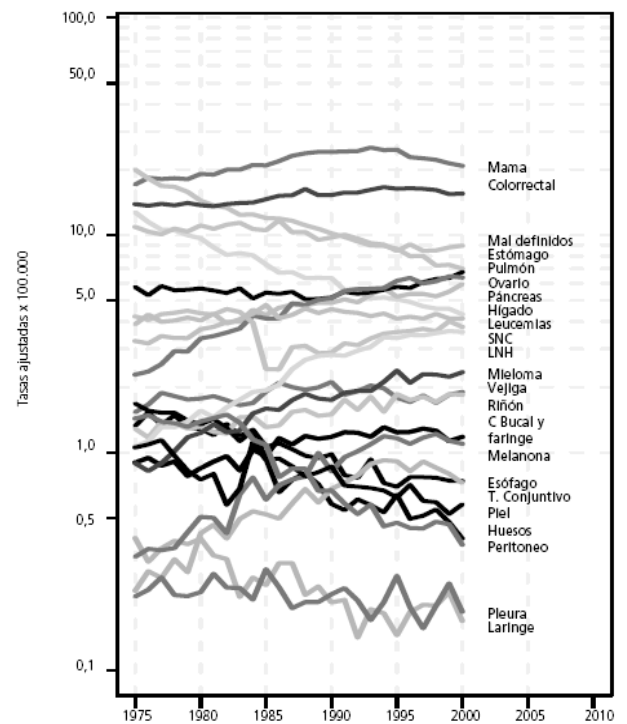
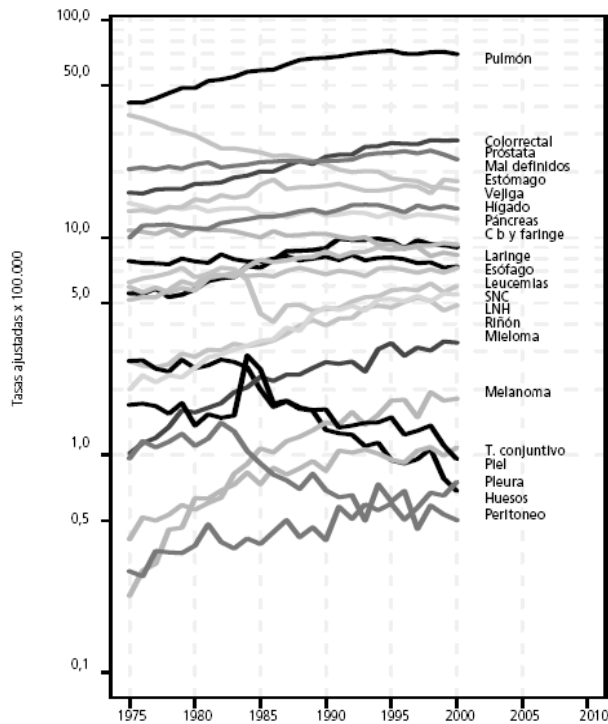
contaminación atmosférica y la menor ingesta de vegetales y frutas frescas (López-Abente, 2002).

Los patrones de distribución geográfica de la incidencia y mortalidad del cáncer de pulmón están muy influidos por la exposición al humo del tabaco (Parkin et al., 2005). En España está aumentando la proporción de personas jóvenes afectadas (Bray, Tyzynski y Parkin, 2004).

Es una enfermedad de mal pronóstico, pues la mayoría de los pacientes muere dentro del primer año del diagnóstico, pues se suele detectar en fases avanzadas de la enfermedad (Sarna et al., 2005). En Europa Occidental la supervivencia a los 5 años es del 9% en varones y del 14% en mujeres. En Estados Unidos la supervivencia es más alta: 15% (Parkin et al., 2005). Esto contrasta con la supervivencia del 50% de otros cánceres. Es uno de los cánceres en los que el tratamiento curativo es menos efectivo (Camacho, 2003).

En España supone unos 18.500 casos nuevos al año y ha sido responsable de 17.308 muertes en el año 2000. La razón varón/mujer es de 4,5 en Europa y de 11 en España, lo que refleja el retraso en la adquisición del hábito tabáquico y el menor riesgo laboral de las mujeres españolas. En términos de prevalencia parcial, la incidencia de los últimos 5 años se habrá traducido en la existencia de 24.000 casos en España. La escasa diferencia entre el número de casos prevalentes e incidentes refleja la alta letalidad de este tumor. Sigue siendo muy letal a pesar de los diferentes avances diagnósticos y terapéuticos. Aproximadamente un 12% de los pacientes sobreviven en España a los cinco años del diagnóstico (López-Abente, 2002; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

En las siguientes gráficas se muestran las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en España entre 1975 y 2000 en hombres (izquierda) y mujeres (derecha) según los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo de nuestro país (2005). En dichas gráficas podemos apreciar que el cáncer de pulmón es el cáncer que provoca más muertes en varones y en mujeres estaría en quinto lugar en relación a otras localizaciones.



La frecuencia del cáncer de pulmón es menor en mujeres en población española, al igual que en el resto del mundo; aunque en España está aumentando la incidencia en mujeres en relación con el mayor consumo de tabaco por las mismas, durante los años previos (López-Abente, 2002). Entre los 20 y los 79 años, el cáncer de pulmón es la localización más importante en hombres españoles; en mujeres españolas la localización más importante es el cáncer de mama (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

El cáncer de pulmón no supone un tipo único de tumor, pues al existir diferentes tipos de células en la estructura histológica de los pulmones pueden aparecer tumores diferentes según qué células sean las afectadas por la proliferación incontrolable. A continuación se hace una relación de los principales tipos de cánceres de pulmón (Camacho, 2003):

- Carcinoma epidermoide: relacionado con el tabaquismo.
- Carcinoma de células pequeñas o de células en avena: en general no hay posibilidades de resección cuando se diagnostica porque desarrolla metástasis muy tempranamente. Se trata principalmente con quimioterapia, con o sin radioterapia. Es el segundo en frecuencia (18%). Es el que está

aumentando más rápidamente, especialmente en mujeres. El principal factor de riesgo para contraerlo es fumar cigarrillos.

- Adenocarcinoma: es el más frecuente en la actualidad. Es el más frecuente entre los no fumadores (40% en Norteamérica). Peor pronóstico que el epidermoide.
- Carcinoma de células grandes: es el menos frecuente (15%). Es el de peor pronóstico.
- Tumores combinados: epidermoides y adenocarcinomas
- Carcinoides
- Tumores de las glándulas bronquiales (cilindroma y tumores mucoepidermoides)

2.1.- Síntomas del cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón está asociado más síndromes paraneoplásicos que cualquier otro tumor y es frecuente que el diagnóstico de muchos pacientes se realice por radiografías rutinarias sin que hubiera síntomas previos (Camacho, 2003).

Los que crecen en vías aéreas más grandes producen síntomas, por el tamaño del tumor ocupando dicha vía, como la tos persistente, sibilancias o estridor respiratorio. Cuando se producen áreas de necrosis que generan sangrado se pueden producir expectoración con sangre e incluso hemoptisis en casos raros. La obstrucción del bronquio llega a producir atelectasias y neumonía (con sus síntomas correspondientes). Si el tumor llega a la pleura puede provocar dolor. Si la obstrucción respiratoria es muy grande se irá produciendo insuficiencia respiratoria que se manifestará como disnea. Si el tumor afecta a los ganglios linfáticos mediastínicos se produce mal funcionamiento de órganos inervados por nervios que recorren la zona como la cuerda vocal (disfonía) o el diafragma (disnea). Si se produce una mayor expansión en mediastino se puede producir el síndrome de la vena cava superior. Otros síntomas son dolores torácicos inespecíficos (que van siendo más intensos a medida que la enfermedad progresa), pérdida de peso y el malestar general (Camacho, 2003).

En la fase final los síntomas más frecuentes son disnea, tos, anorexia, astenia, disminución de peso, dolor y trastornos emocionales; lo que hace fundamental un enfoque multidisciplinar (Camacho, 2003).

2.2.- Tratamientos del cáncer de pulmón

El tratamiento del cáncer de pulmón puede ser de tres tipos (Mina et al., 1999): 1) Cirugía, 2) Quimioterapia y 3) Radioterapia. Los datos más importantes en relación con cada tratamiento se explican a continuación:

1. Cirugía: Se hace en estadios precoces (I y II), es decir cuando está limitado y se puede extirpar con la cirugía. La cirugía puede consistir en neumonectomía o lobectomía.

2. Quimioterapia: Se hace en los estadios más avanzados (III y IV). Se da para aumentar la supervivencia, mejorar los síntomas y con fines curativos en combinación con radioterapia y/o cirugía.

3. Radioterapia: Se hace también en los estadios más avanzados (III y IV). Se suele dar en combinación con la cirugía y la quimioterapia. La mayoría no tienen síntomas relacionados con la irradiación (tos seca, esofagitis, etc.) hasta el final del tratamiento.

IV.- REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE EL CÁNCER

1.- INTRODUCCIÓN

La situación de padecer un cáncer, puede producir un impacto emocional en el paciente, que genera una serie de reacciones psicológicas en el mismo, fruto de las dificultades objetivas que tienen que ver con la enfermedad (como los síntomas, los tratamientos, las pruebas médicas, etc.), de sus vivencias subjetivas ante la misma (que tienen que ver con el significado que tiene la situación de tener un cáncer para él, que influye a su vez en su comportamiento e interacción con los demás), sus experiencias previas con situaciones similares, la reacción de otras personas, etc. En relación con estas ideas, Acevedo (1985) afirma que la reacción psicológica del enfermo surge de la interacción entre diferentes condicionantes externos (circunstancias) y la respuesta que la persona les da en función de su visión del mundo. Esta es una situación que afecta a la persona completa, como una experiencia única y a todo su círculo de relaciones interpersonales por el estrés que genera (Lipowski, 1969). Por los factores mencionados se puede vivir como una crisis vital (Urkuyo et al., 2005) que pone a prueba la capacidad de adaptación del enfermo ante la nueva situación que le ha tocado vivir y todos los condicionantes que la acompañan.

Los pacientes interpretan normalmente la situación como una amenaza para diferentes aspectos de su existencia: su vida, su integridad corporal, su capacidad. También se dan varias circunstancias que resultan difíciles para los pacientes como la posibilidad de sufrir dolor físico, la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, el tener que modificar roles socioprofesionales, la posible separación de la familia, las hospitalizaciones y pruebas diagnósticas, los tratamientos, la necesidad de comprender una nueva terminología médica, el tener que tomar decisiones en momentos de estrés, la necesidad de depender de otros, la posibilidad de tener que modificar su concepto del tiempo, perder intimidad física y psicológica, etc. (Matías et al., 1995).

Se ha considerado que, en general, los pacientes con cáncer son individuos normales (sin más alteraciones psíquicas que la población general) que reaccionan ante el estrés que supone la situación de su enfermedad y los factores relacionados con la misma (Andreu y Galdón, 1989; Rowland, 1989b).

Para Lipowski (1969), la reacción psicológica ante cualquier enfermedad, y por lo tanto ante el cáncer, tiene que ver con las siguientes variables:

- Personalidad del paciente y aspectos relevantes de su historia personal que condicionan su respuesta en general ante eventos estresantes en forma de percepciones, emociones, ideas y conductas determinadas.
- La situación social y económica del paciente. Sobre todo por las reacciones de las personas más cercanas ante lo que está sucediendo y las visiones culturales de la enfermedad.
- Características del ambiente físico que le rodea.
- La naturaleza y características de la enfermedad tal y como son percibidas y evaluadas por el enfermo. Es fundamental el significado subjetivo atribuido a la enfermedad que es un proceso cognitivo pero no necesariamente racional o consciente. Este significado está condicionado por factores personales y culturales tanto conscientes como no conscientes y tiene que ver con un intento del paciente por reducir la ambigüedad, la incertidumbre y la ansiedad ante lo que está pasando.

Según Bayés (1991) el cáncer acaba suponiendo con frecuencia una situación de estrés que posee cuatro características:

- Incertidumbre: el paciente se enfrenta a una situación en la que no sabe qué sucederá en el futuro en relación con su enfermedad, su vida y con el tipo de tratamientos utilizados.
- Sentimientos negativos: como miedo, tristeza o ansiedad.
- Pérdida de control: que genera indefensión y sensación de que no puede influir en los tratamientos.
- Amenazas a la autoestima: por cambios en el cuerpo, incapacidad de trabajar, alteraciones de tipo sexual, etc.

En relación con diversas variables, relacionadas con el impacto psicológico del cáncer, se encontró en un estudio (Voogt, 2004) con pacientes oncológicos (n=105) que los problemas emocionales referidos con más frecuencia por los pacientes fueron temor a las metástasis (26%), a la impredecibilidad del futuro (18%), al sufrimiento físico (15%), a la pérdida de control sobre su propio cuerpo (11%), a la muerte de una manera habitual (6%) o algunas veces (40%).

De manera similar Holland (1992) muestra otra clasificación de varios factores que podrían influir en la reacción ante la enfermedad:

- El tipo de enfermedad
- El nivel previo de adaptación
- La amenaza que supone sobre los objetivos de vida
- Las actitudes culturales y religiosas
- El apoyo afectivo del que se dispone
- Las potencialidades para la rehabilitación psíquica y psicológica
- Personalidad previa y estilos de afrontamiento

Hay que tener en cuenta que el impacto de la enfermedad repercute tanto en el paciente como en su contexto social y familiar, es decir, implica a una dimensión psicosocial que hay que tener en cuenta para apoyar al paciente de una forma adecuada. El descuido de dicha dimensión psicosocial puede generar muchos problemas como: ansiedad o depresión, que pueden ser no reconocidas o no tratadas, dificultad en la toma de decisiones por la propia ansiedad o depresión, no seguir un tratamiento adecuado, insatisfacción o decepción con el cuidado recibido que pueden llevar a abandonar el tratamiento, buscar terapias alternativas inadecuadas, estrés sobre los cuidadores, etc. (Almanza & Holland, 2000).

Desde el ámbito de la psicología se ha usado el término *adjustment* para referirse a la adaptación o respuesta psíquica más equilibrada ante la situación de padecer un cáncer. Dicha adaptación se ha relacionado con estar casado, tener mayores ingresos económicos y mayor nivel educativo y una percepción positiva del propio estado de salud, así como con un mayor apoyo social y la percepción de un mayor sentido en la vida, así como con menores niveles de afrontamiento de la situación mediante evitación (Schnoll, Knowles y Harlow, 2002).

Las reacciones psicológicas ante la enfermedad pueden disminuir la calidad de vida del enfermo de cáncer e incluso ser desencadenantes de diversos trastornos psiquiátricos como la ansiedad o la depresión, lo que a su vez dificulta la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad (Camacho, 2003).

Aparte de las reacciones negativa que provocan malestar psíquico y sufrimiento o incluso alteraciones psicopatológicas, existe también la posibilidad de vivir la situación como

una fuente de experiencias positivas (Barthe, 1997; Bayés, 1991; Carter, 1993; Carver & Antoni, 2004; Fife, 1994, 1995; Kennedy et al., 1976; Kroeff, 1999; Lechner et al., 2003; Mahon, Cella y Donovan, 1990; Mahon & Casperson, 1997; O'Connor et al., 1990; Salmon, Manzi y Valori, 1996; Taylor EJ, 2000; Taylor SE, 1983; Taylor SE et al., 1984; Urcuyo, 2005; Vastyan, 1984; Yalom, 1984). Esas experiencias positivas han sido referidas por los pacientes como mayor sensación de propósito en la vida, mayor espiritualidad, relaciones más cercanas con los demás y cambio de prioridades vitales (Lechner et al., 2003; Taylor et al., 1984; Urcuyo et al., 2005).

Taylor (1983) explica este fenómeno, de hallar experiencias positivas en medio de la enfermedad, afirmando que los seres humanos ante una situación muy estresante pueden seleccionar y distorsionar la información que perciben enfocándose más en los aspectos negativos, o bien crearse una representación mental menos dañina. A veces que el enfermo puede tratar de compensar la situación atendiendo a los posibles aspectos positivos o ventajas que se sigan del evento traumático, como ver en la situación la posibilidad de una experiencia de aprendizaje que sirva de cara a posibles problemas futuros, reordenación de prioridades, etc. En paralelismo con estas ideas Kennedy y colaboradores (1976) encontraron en un estudio, que los pacientes con cáncer tenían una actitud muy positiva hacia la vida, apreciaban en mayor medida el disfrute del tiempo y de las relaciones interpersonales y se preocupaban menos por los aspectos no esenciales de la vida. A raíz de estos resultados, los autores citados llegaron a concluir que superar un cáncer es una buena experiencia para el “desarrollo del carácter”.

Hay que tener en cuenta que las reacciones psíquicas ante el cáncer van cambiando a lo largo del tiempo, pues a medida que avanza la enfermedad, los síntomas son más incapacitantes y se va teniendo más conciencia de la posibilidad de la muerte, lo que a su vez va unido a las actitudes e ideas acerca de lo que significa la muerte para el propio paciente además de las actitudes existentes ante el cáncer. Dichas actitudes ante el cáncer pueden condicionar la reacción inicial ante el diagnóstico y cómo se vive el proceso de la enfermedad. A continuación se muestran las principales actitudes ante el cáncer que pueden influir en las reacciones psicológicas del paciente ante la enfermedad.

2.- ACTITUDES ANTE EL CÁNCER

Allport (1935) define las actitudes como un "*Estado de disposición nerviosa y mental, organizada mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico o directivo sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con que ella está relacionada*" (p.843).

Una actitud tiene los siguientes componentes (Beckler, 1984): 1) cognitivo (ideas y creencias sobre el objeto de la actitud), 2) afectivo (emociones que produce el objeto de la actitud, se considera el componente fundamental de las actitudes), 3) conductual (acción respecto al objeto de la actitud)

Las actitudes condicionan nuestra visión de la realidad y por lo tanto nuestra forma de responder ante una situación determinada, como es el caso del cáncer. En la situación de recibir un diagnóstico de cáncer, el enfermo reaccionara ante el mismo en función de sus actitudes previas ante dicha enfermedad (entre otros factores).

Existen unos criterios previos a las actitudes que las condicionan, que son los valores, que son los significados universales que se asumen en una cultura determinada o determinado segmento de la población. Serían el conjunto de ideas o creencias propias de una sociedad, que condicionan el comportamiento humano individual y el sistema de normas sociales. Se parte de ellos para elegir el fin de toda conducta, emoción o acción y para escoger los medios para llegar a dicho fin. Los valores se transmiten a través de modelos reales, que son otras personas que nos los transmiten y a las que decidimos imitar (maestros, amigos, familiares, etc.). Los valores también pueden transmitirse mediante narraciones que nos transmiten imágenes de personajes ideales. En tiempos de crisis de valores, los modelos que se imitan son antihéroes (Yepes & Aranguren, 1999).

2.1.- Condicionantes socioculturales

Socialmente, hoy en día se asocia el cáncer con muerte y deterioro. Lo que con frecuencia limita las posibilidades del enfermo de afrontar de una forma realista su enfermedad, ya que esta creencia popular le conduce irremediabilmente a creer estar

recibiendo una sentencia de muerte de la que no es posible escapar, relacionada con limitaciones físicas, deterioro irreversible y tratamientos que producen terror. Incluso se comprueba con frecuencia el temor a pronunciar la palabra cáncer que se ha llegado a convertir en una palabra tabú y a generar una auténtica “cancerofobia” en algunos lugares (Ingelfinger, 1975). Pese a los avances en el tratamiento del cáncer, mucha gente sigue creyendo en la ecuación de Groddeck: cáncer = muerte (Sontag, 1996). El cáncer ha adoptado los rasgos repulsivos y horribles de las antiguas representaciones de la muerte, ya que se considera incurable (Ariès, 1999). Incluso hay autores que hablan de un “intenso condicionamiento cultural” (Bayés, 1991) que media en el tipo de reacción psicológica que se produce ante el cáncer.

Según Susan Sontag (1996), el hecho de que se mienta tanto a los pacientes de cáncer es un reflejo de lo difícil que se ha vuelto en las sociedades industrializadas avanzadas el convivir con la muerte pues el término cáncer se equipara al de muerte horrible. Hecho que llega a complicar más la relación entre el médico y su paciente y las reacciones ante la enfermedad (Poveda, 1990).

El antropólogo Ariès (2000) afirma que la angustia que se genera ante este diagnóstico, fuerza a la sociedad a multiplicar a toda prisa las consignas habituales de silencio, con el fin de reducir ese caso tan dramático a la regla al uso de las “despedidas a la francesa”.

2.2.- Condicionantes individuales

Es importante considerar el punto de vista del enfermo a la hora de valorar lo que es vivir y padecer esta enfermedad, es decir, lo que significa para él estar en esta situación. Pues sin su perspectiva, difícilmente sabremos cuales son sus padecimientos y en consecuencia, tampoco la manera de paliarlos.

Los aspectos que condicionan la reacción del enfermo pueden tener que ver con su personalidad previa, circunstancias personales, experiencias anteriores con el cáncer (sufridas por él mismo o personas conocidas), significado atribuido a la enfermedad (como por ejemplo buscar atribuciones causales o como la búsqueda de significados a su situación) y el

sentido que le da a su vida, creencias sobre la muerte, presencia de patología psiquiátrica previa, etc.

El enfrentarse a la situación atemorizante de un diagnóstico de cáncer genera un proceso de tratar de investigar que significa la muerte para uno mismo. Esto puede llevar a un cuestionamiento de valores tradicionales y sistemas de creencias espirituales. Se puede generar una redefinición de la propia actitud hacia la muerte en la que se busca una perspectiva personal que conforte, lo que puede ser una fuente de angustia (así como la búsqueda de respuestas de tipo espiritual) por no encontrarse respuestas (Smith et al., 1993)

Sin embargo, si como expresa Siegel (1995), la enfermedad representa un reto, muy grande pero no invencible, el paciente tiene una base para defenderse. Por lo que se ha planteado que lo ideal sería que el enfermo considerara el cáncer como un reto más en la vida y no como una derrota (Barthe, 1997).

Para Barthe (1997) sería importante favorecer un cambio de actitud que permita salir del derrotismo, informando convenientemente de que la enfermedad no tiene por qué significar muerte. El primer paso para favorecer un cambio de actitud debería ser el de informar de una manera realista, teniendo siempre en cuenta las características particulares del paciente a la hora de proporcionar dicha información (pues cada persona tiene una manera específica de interpretar la información que se le da). También habría que tener en cuenta la soportabilidad de la información que se suministra, dando al paciente una información adecuada a su idiosincrasia y subordinando la verdad a al mayor beneficio ético de la persona en caso de ser necesario. No obstante, el paciente suele recibir la información con una actitud mejor que la que esperan su familia y los médicos; llegando incluso a ser terapéutica, pues permite al paciente encontrar mayor sentido a lo que le sucede (Poveda, 1990).

Otro factor individual importante tiene que ver con el análisis causal de la situación por parte del enfermo, que llevado a un extremo podría llevarle a posturas excesivamente autoculpabilizantes (Siegel, 1995).

3.- REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE EL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de cáncer suele tener un impacto psicológico importante, como ya se ha señalado previamente, por todos los temores que desencadena, por la necesidad de elaborar la información recibida para comprenderla y por expone a la persona a enfrentarse con la posibilidad de su propia muerte; ya que en general un diagnóstico de cáncer se interpreta como una sentencia de muerte. Todas estas variables conllevan grandes dificultades, así como los sentimientos de miedo a una posible dependencia, los miedos a la desfiguración, a la discapacidad, a diversos síntomas como el dolor, a la ruptura vital y al malestar posible (García et al., 1990).

La reacción más inmediata ante el diagnóstico es de incredulidad, aturdimiento, miedo, tristeza, ansiedad, culpa, cólera, vivencias de despersonalización y desrealización, etc. Más tarde aparecen mecanismos adaptativos y de defensa de diferentes tipos como la negación, la represión, la proyección, el aislamiento, la evitación de situaciones y decisiones, modificación en la percepción del tiempo, etc. Dependiendo de los rasgos previos de personalidad y del significado atribuido al cáncer varían las reacciones ante el estrés que produce esta situación (Matías et al., 1995).

Un diagnóstico de cáncer provoca un mayor malestar psicológico que el de otras enfermedades que también amenazan la vida. Por ejemplo, en un estudio con 56 pacientes con cáncer de pulmón y 65 que habían sufrido un infarto agudo de miocardio se hicieron dos mediciones de malestar psíquico, una al mes y otra a los dos meses. Los pacientes con cáncer de pulmón mostraban más síntomas de estrés que los que habían sufrido un infarto de miocardio. Aunque en la segunda medición ambos grupos mostraban menores niveles de estrés por pensar que lo que les sucedía no era tan grave como habían pensado inicialmente (McCorkle & Quint-Benoliel, 1983).

Según Rowland (1989a), son tres los tipos de variables propuestas como candidatas a la predicción de la reacción psicológica ante el diagnóstico:

- 1) Las variables del contexto sociocultural del paciente, pues condicionan la manera de interpretar el significado de la enfermedad y las actitudes ante la misma y la muerte, como se ha mencionado anteriormente.
- 2) Las variables físico-médicas. Estas variables se han hallado relacionadas con menores niveles de sentimientos positivos y mayores de sentimientos negativos; en concreto los mayores niveles de fatiga y peores niveles de funcionamiento físico (Voogt, 2005).
- 3) Las variables personales del sujeto: edad, situación económica y laboral, recursos interpersonales (apoyo social y familiar), recursos intrapersonales (historia previa de problemas psicológicos, creencias o estilos atributivos, percepción situacional, del control y del pronóstico, experiencia emocional, etc.

Otro autor (Gottschalk, 1984) considera que las variables que deben considerarse, para valorar de una manera adecuada el impacto psicológico de la enfermedad en la fase de diagnóstico, son las siguientes:

- Efectos provocados por el cáncer:
- Impacto psíquico de la enfermedad: por su efecto en la expectativa de vida, el percibirlo como un castigo, su efecto en la apariencia física, etc.
- La reacción de los familiares y amigos.
- Efectos fisiológicos del cáncer en el funcionamiento cerebral.

Para Kübler-Ross (1974) el paciente pasaría por una serie de fases después del diagnóstico que por orden serían: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Estas fases no se aceptan hoy en día como universales ya que no todos los enfermos pasan por todas ellas ni tienen porque seguir este orden en todos los casos, pero puede servir como una aproximación a reacciones que se pueden dar en muchos enfermos sea en el orden descrito o en otro orden.

Parece que también influye la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico en la reacción psicológica del paciente. Los pacientes diagnosticados en fases más avanzadas de la enfermedad presentarán mayor malestar psicológico en el futuro que los que han sido diagnosticados en fases menos avanzadas (Weissman, 1976).

Los pacientes que tienen un mayor malestar psicológico en este periodo son los que tienen remordimientos sobre el pasado, son pesimistas, proceden de una familia problemática, o tienen problemas con su pareja, están divorciados o viudos o no tienen apoyo social (Weisman & Worden, 1976-77). Los pacientes más jóvenes también experimentan sentimientos más negativos, que además se asocian a niveles elevados de dolor o fatiga, menores niveles de funcionamiento físico y cognitivo (Voogt, 2004).

4.- REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LOS TRATAMIENTOS

Dependiendo del tipo de tratamiento se van a producir distintas reacciones psicológicas; algunas serán como consecuencia de los efectos secundarios y molestias físicas derivadas de los tratamientos, otras como consecuencia de los temores que los tratamientos generan o las sensaciones de despersonalización que se viven en el ambiente en el que se realizan.

Los tratamientos utilizados en el cáncer de pulmón se explican brevemente a continuación:

4.1.- Cirugía

Antes de la operación hay temor al daño corporal y a la muerte. En individuos con antecedentes de alteraciones psicopatológicas es posible que el estrés de la intervención agudice dichas alteraciones. Sin embargo, la cirugía es el tratamiento que prefieren los pacientes ya que su duración es limitada y proporciona un alivio inmediato del dolor y de otros síntomas, además de fomentar la sensación de control y el espíritu de lucha (Die Trill, 1988). Al temor al daño corporal se añade el temor a las consecuencias de las alteraciones en la propia autoimagen, por ejemplo por las cicatrices que resultan de las intervenciones (García et al., 1990) o el temor a la percepción de un cambio en el esquema corporal por la extirpación de algo que forma parte del cuerpo (Matías et al., 1995).

4.2.- Quimioterapia

Es uno de los tratamientos más temidos por los enfermos antes de iniciarlo y durante el transcurso del mismo por sus efectos secundarios (malestar general, alopecia, náuseas y vómitos, etc.) como a las molestias derivadas de la hospitalización. En ocasiones los enfermos llegan a tener síntomas condicionados como náuseas y vómitos (García et al., 1990; Matías et al., 1995).

Los ciclos de quimioterapia provocan ansiedad, fobias, euforia, depresión, disminución de la capacidad intelectual, trastornos de conducta, cuadros psicóticos orgánicos, etc.; aunque los trastornos de tipo ansioso y depresivo son más intensos antes del tratamiento y al finalizarlo (Matías et al., 1995).

La quimioterapia reduce la calidad de vida por los efectos secundarios que genera asociados a malestar general, caída del pelo y otros síntomas somáticos (Meseguer, 2003); además de otras alteraciones en la función cognitiva como consecuencia de sus efectos fisiológicos (Gottschalk, 1984).

Por otra parte, hay autores (Pinquart, Frölich y Silbereisen, 2007) que han encontrado datos que contradicen la existencia de mayor malestar psicológico en las primeras fases de tratamiento con quimioterapia, especialmente en pacientes más jóvenes. En el estudio de Pinquart, Frölich y Silbereisen (2007), se encuentra que estos enfermos (n=150) eran más optimistas, tenían más autoestima y encontraban que su vida tenía más sentido que las personas del grupo control (n=150).

4.3.- Radioterapia

Pueden producirse cuadros fóbicos, de ansiedad y depresivos durante el periodo que se administra por ser un tratamiento que el paciente recibe solo frente a una máquina y aislado del exterior (Camacho, 2003), aparte de los efectos que puede tener la propia radiación en el cerebro (Gottschalk, 1984). Las sesiones de radioterapia suelen originar reacciones de ansiedad, depresión, cólera y culpabilidad. Los pacientes suelen ser pesimistas con respecto a sus efectos y suele haber una evolución a lo largo del tratamiento en diferentes sesiones. En

las primeras pueden sufrir cuadros ansioso-depresivos moderados o intensos que después disminuyen y se agudizan al final del tratamiento (Matías et al., 1995).

4.4.- Otras consecuencias de los tratamientos

Aparte de los tratamientos utilizados para combatir el cáncer, es frecuente que a estos pacientes se les administren psicofármacos para alteraciones emocionales como tranquilizantes, hipnóticos y antidepresivos que tienen efectos secundarios (Gottschalk, 1984).

4.5.- Hospitalizaciones

Al impacto psíquico de los tratamientos hay que añadir el hecho de que con frecuencia se producen periodos de hospitalización en los que se agudiza aún más el sufrimiento del enfermo por alterarse más su vida cotidiana y tenerse que adaptar a nuevas normas, por el efecto de un ambiente más deshumanizado y el tener que encontrarse con enfermos aún más graves con la misma enfermedad que les remiten a pensar en sí mismos en la misma situación en un futuro (García et al., 1990)

5.- FIN DE LOS TRATAMIENTOS

Tanto si se sobrevive con cierta calidad de vida, como si la enfermedad evoluciona a peor se pueden producir diferentes reacciones emocionales que alteran el estado psíquico del paciente (Gottschalk, 1984).

Una vez terminados los tratamientos, se pueden producir problemas psicológicos por el temor a una recaída, por la pérdida de beneficios de pasar de estar enfermo a estar sano y por la desconexión parcial del personal sanitario y los hospitales por los que podía sentirse antes protegido el enfermo, frente al cáncer. Las reacciones de ansiedad pueden ser más intensas que al iniciar los tratamientos. También está más presente la conciencia de la propia vulnerabilidad personal, la incertidumbre con respecto al futuro (“Síndrome de Damocles”),

el miedo al rechazo social, problemas en la adaptación a la vida normal, miedo a la discriminación, etc. (Matías et al., 1995).

6.- FASE TERMINAL

6.1.- Introducción

A pesar de que el paciente se someta a diferentes tratamientos y hospitalizaciones por motivos diversos, hay muchas probabilidades de que el paciente muera en un periodo de tiempo más o menos largo, dependiendo de la agresividad del tumor. Como se ha mencionado anteriormente, el cáncer de pulmón es uno de los más agresivos y por lo tanto uno de los de peor pronóstico que lleva en una alta proporción de casos a la muerte en el primer año a partir del diagnóstico (Parkin et al., 2005).

Cuando el paciente se encuentra en esta situación de evolución irreversible hacia la muerte entra en la fase de terminalidad, en la que puede haber más incidencia de ansiedad, depresión y delirium por agravamiento de todos los síntomas somáticos, la exacerbación de sus temores ante la muerte, la frustración de sus proyectos, el pensar en la situación en la que queda su familia y la incertidumbre de si sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales se cubrirán, entre otras posibilidades de esta difícil situación (Matías, 1995).

A pesar de todas las connotaciones negativas que pueda tener la muerte, se ha visto en muchas personas que se enfrentan a la muerte, que cambian con frecuencia los criterios con los que evalúan sus vidas en un sentido positivo (Salmon, Manzi y Valori, 1996).

Las reacciones psicológicas del paciente ante esta situación estarán condicionadas en gran medida por la toma de conciencia de la posibilidad real de la muerte y por sus actitudes ante la misma (Massie y Holland, 1990). A continuación se hace una revisión teórica sobre las actitudes ante la muerte por ser una dimensión a tener en cuenta dentro de los condicionantes de las reacciones psicológicas del paciente ante su diagnóstico.

6.2.- Actitudes ante la muerte

Las actitudes ante la muerte son en parte un producto de la educación, que varía en función del contexto cultural. En relación con dicho contexto cultural la presencia creencias espirituales y/o religiosas (o las que configuran alguna creencia acerca de lo que es la muerte) influyen en la idea que las personas se hacen de la muerte, se preparan para ella o reaccionan ante la muerte de otros (Taylor, 2001). Dichas idea que uno se puede hacer sobre lo que es la muerte está estrechamente relacionada con las expectativas de lo que ocurre después de ésta: aniquilación del ser, posibilidad de existencia después de a muerte, que se puede esperar que sea mejor o peor que la existencia mientras se ha estado vivo. Las principales actitudes descritas ante la muerte son: Ansiedad, temor, preocupación, amenaza, aceptación y rechazo (Tomer, 1997; Urraca, 1982).

La actitud ante la muerte también es una expresión de las experiencias previas con el tema de la muerte y de la personalidad del sujeto. Están estrechamente relacionadas con la visión personal del mundo y con la posición que uno considera que ocupa en el mundo. Esto a su vez tiene que ver con el control percibido de la realidad, en concreto de las leyes naturales (visión de control o de sometimiento), pues una sensación de control sobre éstas (es más acusado en los países desarrollados) lleva a tener menos conciencia del poder de la naturaleza sobre la vida y por lo tanto de la muerte (Álvarez et al., 1976).

Dichas actitudes también tienen que ver con la esperanza de vida y con las creencias sobre lo que es un ser humano (Álvarez et al. 1976).

Para Ariès (2000) las actitudes ante la vida y la muerte tendrían que ver con “*las grandes inercias que arrastran a las mentalidades –actitudes frente a la vida y la muerte– dependen de motores secretos, más soterrados, en el límite de lo biológico y lo cultural, es decir, del inconsciente colectivo*” (p.301). Todo ello estaría relacionado con las doctrinas religiosas, filosofías morales y políticas, efectos psicológicos del progreso científico y técnico y de los sistemas socioeconómicos.

Edgar Morin (1994) afirma que existiría una relación entre las actitudes ante la muerte y la conciencia de uno mismo, de su grado de ser, de su individualidad. Ariès (2000) afirmaría que la relación se establece con las variaciones de la conciencia de sí y del otro, el sentido del

destino individual o del gran destino colectivo y por lo tanto, quizás exista una relación entre las ideas que se tiene de la muerte y de uno mismo y por lo tanto con el propio sentido de la existencia.

Las actitudes ante la muerte han sufrido grandes cambios a lo largo de la historia de la humanidad. De la familiaridad con la muerte, existente en siglos pasados, carente de miedo o desesperación, hemos llegado a una mentalidad en la que la muerte se muestra ajena a la vida cotidiana. Llegando incluso a convertirse en un tabú como en siglos anteriores lo había sido el sexo. Parece que hablar de la muerte provoca un miedo tal que no nos atrevemos a pronunciar su nombre (Ariès, 2000; Polaino-Lorente, 1995; Urraca, 1982).

Según Ariès (2000) en el siglo XX, nace y se desarrolla el gran rechazo a la muerte; desde mediados del siglo XX, se va produciendo una revolución acelerada de las ideas y sentimientos tradicionales. La muerte cada vez es algo más vergonzoso y se va convirtiendo en un tabú. Esta situación empieza a ser un problema a la hora de informar al moribundo, ya que el deseo de proteger al enfermo, motiva la mentira. Pero la intolerancia frente a la muerte del otro y la confianza del mismo en su entorno, van siendo sustituidas por un nuevo sentimiento: el de la necesidad de evitar emociones y turbaciones excesivas, causadas por la fealdad de la muerte que contrasta con una vida que siempre ha de mostrar su felicidad o al menos parecerlo.

A partir de 1930-1950, se desplaza el lugar de la muerte al hospital donde se va a morir solo, donde ya no existe la posibilidad de un ritual que el moribundo preside. La muerte se convierte en un fenómeno técnico consecuencia del cese de unos cuidados que decide el médico. En un momento que con frecuencia el moribundo ya ha perdido la conciencia y cuando ya nadie ha tenido la paciencia de esperar durante semanas “un momento que ha perdido una parte de su sentido” (Ariès, 2000).

La muerte hospitalaria se ha vuelto inhumana y cruel, y el tabú de la muerte inhibe las reacciones del entorno médico y familiar. Al enfermo se le priva de conocer su muerte y él lo permite “por su bien”, se encomienda al afecto de los suyos y si adivina ha de hacer como si no supiera. Por lo que se muere casi a escondidas e incomunicado con los seres queridos. Quizás todo ello es la consecuencia de no admitir la muerte de los que se ama. Lo que lleva a que el moribundo no pueda intercambiar emociones, a la vez que se le exige una

comunicación “adecuada”, que no turbe a los vivos. Sin embargo, cada vez son más los médicos que no ocultan el diagnóstico, ya que el enfermo que sea consciente de su estado colaborará mejor con los tratamientos, aunque eso sí, se le exige aún un comportamiento discreto (Aries, 2000).

La iniciativa de presidir la muerte ha pasado del moribundo a la familia y al médico; ellos son los nuevos dueños de la muerte y de sus circunstancias y tratan de imponer al moribundo un estilo aceptable de muerte mientras se muere y un estilo aceptable de afrontar la muerte; aceptable para poder ser tolerada por los vivos. Pues temen entrar en una cadena de reacciones sentimentales que les harían perder el control de sí mismos. Para evitar emociones y si estas surgen, uno ha de conmovearse en privado, a escondidas. Pues no conviene que los demás se den cuenta de que la muerte está pasando o ha pasado. Las manifestaciones del luto son también condenadas y desaparecen. Una pena visible no inspira ya piedad sino repugnancia y se considera incluso un signo de enfermedad mental o de mala educación. Parece que sólo queda el recurso del “duelo solitario y retraído” (Ariès, 2000).

Según Ariès (1999, 2000), vivimos en un período de negación de la muerte (en los países desarrollados); por ejemplo los niños crecen protegidos de situaciones que tengan que ver con la muerte, se ha incrementado la esperanza de vida por lo que la muerte se ve como un fenómeno muy lejano, se considera que la naturaleza existe para ser sometida y controlada y además se pone un énfasis especial en el individuo al margen del grupo (es más difícil encontrar un sentido a través de la integración en una comunidad o en un todo).

Se ha instaurado un gran silencio en torno a la muerte en las costumbres del siglo XX y muchos se comportan como si la muerte ya no existiera. A la vez, se ha producido un retroceso en la voluntad de ser del hombre contemporáneo y una imposibilidad de recuperar la confianza ingenua en el destino de siglos pasados (Ariès, 2000; Polaino-Lorente, 1995). Según Polaino-Lorente (1995) se produce una represión de la conciencia de la muerte en la actualidad, *“la muerte se reprime porque no se puede sufrir, porque no se puede tolerar la frustración que nos produce”* (p.1205) y esto supone un empobrecimiento de la vida.

Algunos autores (Hennezel, 1996; Hennezel&Leloup, 1998) plantean que la negación de la muerte genera angustia por las dificultades no asumidas previamente a las que ha de enfrentarse el que ha de morir o el que pierde un ser querido. De pronto se muestra ante los

ojos una realidad en la que uno nunca ha querido pensar o no le han dejado ni siquiera hacerlo. ¿Cómo entonces va a poder asumir y afrontar adecuadamente esta situación? ¿Qué alternativa tenemos si ya ni siquiera en la escuela y el hospital se abordan las cuestiones referentes a la muerte y al sentido de la vida? Según Hennezel (1996) hay una especie de ansiedad permanente que pesa sobre las vidas de nuestros contemporáneos que tiene su origen, en gran medida, en el hecho de que la muerte está erradicada de nuestros pensamientos y de nuestras conciencias. El mundo en que vivimos siente miedo cuando oye hablar de la muerte y ha optado por mantener apartadas y escondidas a las personas moribundas. Hennezel (1996) plantea para alcanzar una plena madurez es preciso haber realizado una reflexión previa sobre la vida en la cual no tiene sentido ocultar la muerte, sino integrarla en la propia existencia. Esta autora llega a afirmar que la angustia no es por el miedo a morir sino por tenerse uno que encontrar cara a cara con uno mismo y con la propia vida, situación que es ineludible en el momento de la muerte. Para Hennezel (1996) la muerte sería como un espejo en cuyo interior vemos nuestra propia vida. Según su experiencia con enfermos terminales, las personas que sienten que su vida ha sido plena y consistente, no sufren una angustia tan grande ante la muerte. Propone que la defensa de esta angustia sería aprender a vivir cada instante intensa y plenamente, entregándonos con todo nuestro ser a lo que ocurre. En relación con esta toma de conciencia de la muerte y su relación con la angustia se halló en un estudio (Smith, 1993) con 116 pacientes oncológicos que había una correlación entre vivir la muerte como parte del proceso normal de la vida y menor malestar psíquico en estos pacientes.

La mayoría de los occidentales, hoy en día, rechazan la idea de la propia muerte y de que se pueda vivir con ella y acercarse a ella consciente y apaciblemente cuando llegue el momento. En otras culturas, sin embargo se acepta la muerte como una parte más de la existencia, asumida dentro de una visión global de la misma que le da a más sentido y valor a la propia vida. Las grandes tradiciones preparaban para la muerte y le daban un sentido a la existencia, el perderlas nos puede llevar al sinsentido de la vida y de la muerte (Hennezel & Leloup, 1998).

Las principales características de las actitudes ante la muerte en la actualidad según Ariès (1999) son:

- La desposesión del moribundo de su muerte: el hombre ya no es dueño de su muerte, pues ni siquiera está claro que tenga derecho a saber que va a morir. Como consecuencia cada vez está más en manos de su entorno, siendo la familia quién cada vez más ha de asumir un papel preponderante en la escena. Sin embargo, hoy en día se muere casi siempre en soledad.
- El rechazo del duelo: antaño, el duelo era una expresión legítima y necesaria de dolor. Pero en la sociedad actual hay un rechazo a la expresión de la tristeza que llega a verse como un fenómeno que atenta contra la felicidad colectiva. Hay que simular estar siempre feliz. El duelo se ha convertido en un estado mórbido que hay que curar, abreviar o borrar para seguir con la vida como si nada hubiera sucedido.

Esta situación tendría que ver con lo que Edgar Morin (1994) denominó “la crisis contemporánea de la muerte” que consistiría en un afrontamiento con pánico en un clima de angustia, neurosis y nihilismo que adquiere el aspecto de verdadera crisis de la individualidad ante la muerte propia y ajena.

Ariès (1999, 2000) plantea además que el curso del siglo XX la muerte se ha vuelto salvaje, ya que progresivamente ha perdido la contención de los muros de la religión, de la comunidad y de la familia. A partir de aquí la razón y la ciencia han luchado por domesticarla, siendo utilizada por ambas para pensar en otro tipo de fenómenos (y no como tema en sí): como recurso desde el que se intenta discriminar qué tipo de creencias y pensamientos conforman el saber de las sociedades tradicionales o vinculada a los conceptos de salud y enfermedad como problemática intercultural.

No obstante se está recuperando en el ámbito de diferentes disciplinas científicas (sociología, antropología, psicología, psiquiatría, etc.) el interés por la muerte y se están multiplicando en los últimos años las publicaciones y estudios en torno a este tema. Pero sólo en estos ámbitos está dejando de ser un tabú e incluso el público se está empezando a interesar por ello (Ariès, 2000; Neimeyer, 1997).

6.3.- Génesis y evolución de las actitudes ante la muerte:

Para comprender plenamente nuestras actitudes ante la muerte, es imprescindible desvelar su origen. Gran parte de las actitudes ante la muerte surgen y se consolidan en la infancia. El temor ante la muerte se origina dentro de las ansiedades del desarrollo infantil, por lo que su comprensión exige el estudio del desarrollo del concepto de muerte a partir de la temprana infancia (Rodríguez Fernández, 2000; Urraca, 1982).

Cuando llega el final de la vida de una persona, sus temores incluyen los diversos significados que ha adquirido la muerte en el curso de su vida, así como sus reacciones a los diferentes cambios físicos y psicológicos que acompañan al proceso del morir. Las contribuciones infantiles al temor a la muerte son reactivadas por la regresión provocada por la enfermedad y la amenaza del peligro, temor que se ve reforzado por la asociación asumida en la infancia entre la muerte y la agresión (Álvarez et al., 1976; Rodríguez Fernández, 2000).

6.4.- Actitudes ante la muerte y psicopatología

Según Yalom (1984), el temor a la muerte tiene un gran peso en nuestra experiencia interna porque está en relación con el temor a nuestra propia desaparición, siendo la represión de dicho temor una fuente primordial de ansiedad. Erigiríamos defensas contra la conciencia de la muerte para hacer frente a esos temores, pero si dichas defensas son ineficaces se producirían alteraciones psicopatológicas. Para este autor nuestras actitudes ante la muerte influyen en el modo en que vivimos y crecemos, en el modo en que flaqueamos y caemos enfermos pues se podría considerar que la vida y la muerte son interdependientes. Para Yalom (1984) el tomar conciencia de la posibilidad de la muerte podría enriquecer la existencia y ayudar a tener una vida más plena, además de ser una vía de curación de ciertos tipos de ansiedades después de hacer consciente la posibilidad de la muerte. En este sentido cita a varios filósofos que ya adoptaron antiguamente esta idea. Por ejemplo los estoicos consideraban la muerte el acontecimiento más importante de la vida, para ellos aprender a vivir bien es aprender a morir bien y viceversa. Séneca afirmaba que *“Ningún hombre goza del verdadero sabor de la vida sino aquél que está preparado para abandonarla”* y San Agustín que *“Solamente encarando la muerte nace el ser del hombre”* (Citado por Yalom, 1984). Para Heidegger (1971) la conciencia de nuestra muerte personal actuaría como una

espuela que nos desplaza desde un modo de existencia hacia otro más elevado en el que se vive con más autenticidad.

En relación con estas ideas, podemos concluir que dentro de la valoración de las reacciones psicológicas del enfermo oncológico es fundamental considerar cuáles son sus ideas sobre su muerte lo que se podría insertar dentro una visión más amplia sobre el sentido de su existencia.

7.- REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE EL CÁNCER DE PULMÓN

El diagnóstico del cáncer de pulmón puede generar las mismas reacciones psicológicas que otros cánceres como reacciones de negación, ira, depresión, etc. y otras ya mencionadas previamente. Aparte de éstas, el cáncer de pulmón tiene una serie de características que hacen que las reacciones psicológicas ante el mismo sean diferentes a las de otros cánceres (Camacho, 2003). Es más frecuente en el cáncer de pulmón que en otros cánceres el hacer una atribución causal interna, pues se supone que la causa de su enfermedad son sus conductas previas, como el hábito de fumar. Esto genera sentimientos de culpa y malestar que dificultan la elección de estrategias de afrontamiento adecuadas y por lo tanto se producen reacciones psicológicas que producen más ansiedad, depresión, estrés y pérdida de esperanza que en otras localizaciones tumorales (Faller, Schilling y Lang, 1995). También es más frecuente que se diagnostique en fases más avanzadas de la enfermedad que otros cánceres (Sarna et al., 2005), lo cual dificulta aún más la adaptación a la situación.

Los pacientes que están en tratamiento activo con radioterapia y/o quimioterapia suelen mostrares más satisfechos que los que no están siguiendo ningún tratamiento, probablemente porque perciben que se está haciendo algo para controlar la enfermedad (Hughes, 1985).

Sobre el malestar psicológico y la adaptación a la enfermedad, se encontró en un estudio con 87 pacientes con cáncer de pulmón (Akechi et al., 1998) que el malestar psicológico y los problemas de adaptación a la enfermedad se asociaban con género femenino, vivir sólo, ausencia de apoyo familiar, desesperanza o falta de petición de ayuda. Además, el cáncer de pulmón es la localización tumoral con la prevalencia más alta de malestar psicológico, con un

porcentaje de personas que tienen malestar psicológico del 43,4% según los datos de un estudio (Zabora et al., 2001).

Aparte del peor pronóstico de este tipo de cáncer, el dolor es uno de los síntomas más incapacitantes de estos enfermos, suele ser preferentemente de origen pleural y aparece entre un 40% y un 60% de los pacientes. Suele ser muy intenso y asociado a la respiración y genera desesperanza, sentimientos de impotencia, mayor conciencia de la gravedad de la situación, mayor sufrimiento y sensación de pérdida de control (Camacho, 2003).

A medida que se agrava la enfermedad se van produciendo nuevos síntomas físicos (como el dolor) o agravándose los previos, lo que dificulta aún más la situación de estos enfermos, haciendo que su calidad de vida disminuya y que el riesgo de ansiedad y/o depresión sea cada vez mayor. Además, las alteraciones respiratorias que sufren tienen un papel importante en la exacerbación de las alteraciones emocionales (Camacho, 2003).

Cuando se llega a la fase final, en la que el cáncer está diseminado con metástasis por todo el organismo, la situación se va volviendo cada vez más difícil de soportar. Aparte de la intensidad creciente de los síntomas, se va acercando el momento de la muerte de la que el paciente puede ser más o menos consciente con la dificultad añadida de pertenecer a una cultura en la que las pautas y actitudes ante la muerte no están bien definidas y no se sabe como afrontar la situación por parte del paciente y de los familiares. Situación a la que llegan la mayoría de los pacientes en poco tiempo, por lo que los cuidados paliativos en los que se haga un abordaje multidisciplinar resultan fundamentales (Camacho, 2003). En general, el enfermo en esta fase final experimenta un sufrimiento emocional importante por sentir que le falta información o que está abrumado por ella, sentimientos de soledad o soporte social inadecuado, pérdida de roles y actividades cotidianas, alteraciones crecientes de las funciones mentales y/o físicas, síntomas de intensidad creciente e incluso crisis de creencias y de valores por la proximidad de la muerte (Albert y Saavedra, 1993).

**V.- ALTERACIONES
PSICOPATOLÓGICAS EN
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

1.- INTRODUCCIÓN

Cuando el estrés y el sufrimiento de la situación de padecer un cáncer sobrepasa la capacidad de adaptación o de respuesta del paciente ante la situación pueden llegar a producirse auténticos síndromes psiquiátricos (Massie y Holland, 1990; Derogatis, 1983; Rowland, 1989b) que alteran de forma significativa la calidad de vida de estos enfermos (Smith, Gomm y Dickens, 2003). Por ello sería importante diferenciar, por ejemplo, entre la tristeza normal debida a la situación y la existencia de un trastorno depresivo (Massie y Holland, 1990).

Las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en enfermos de cáncer tienen que ver, sobre todo, con sintomatología ansiosa y depresiva. Dicha sintomatología pueden producirse por el impacto del diagnóstico, por el dolor y otros síntomas físicos, por la angustia ante la posibilidad de una muerte cercana, por las alteraciones generadas por el tratamiento, etc., o ser independientes del proceso oncológico. Además, el cáncer altera numerosos aspectos de la vida de las personas que lo sufren incluyendo las relaciones familiares, el trabajo, el funcionamiento diario, etc. A lo que hay que añadir la presión que supone la toma de decisiones ante tratamientos, posibilidades ante el futuro y otras derivadas del diagnóstico (Weisman, 1976). No obstante, no hay que desdeñar la influencia de los factores psicológicos preexistentes antes del diagnóstico que influyen en su reacción ante la situación que están pasando (Zabora et al., 2001).

La ansiedad es una reacción común a casi todos los enfermos en las diferentes fases de la enfermedad. Puede producirse ante el diagnóstico o los diferentes tratamientos por la experiencia de sentirse enfermo y amenazado, las frecuentes pruebas diagnósticas, los tratamientos y sus efectos secundarios, las consecuencias tóxico-metabólicas de la enfermedad y de sus tratamientos, la afectación del rendimiento neuropsicológico y emocional, factores personales, familiares y el tipo de apoyo social (Meseguer, 2003). Aunque esta ansiedad no es necesariamente anormal, pues puede ser una parte de la reacción de adaptación a los diversos problemas que experimenta el enfermo (Stark et al., 2002).

Los trastornos de ansiedad en estos enfermos pueden manifestarse como cualquiera de los diferentes trastornos de ansiedad existentes (Stark et al., 2002).

Se han hallado relaciones significativas entre la ansiedad en estos enfermos y sexo femenino, no estar casado, estar en tratamiento y tener un peor estado de salud (Mistakidou et al., 2005).

Hoy en día, los enfermos de cáncer utilizan diversos términos para referirse a la ansiedad asociada al cáncer como angustia, miedo, estrés, inquietud, preocupación, desasosiego, confusión, hostigamiento, temor e incluso desesperación (Meseguer, 2003).

El diagnóstico de trastorno de ansiedad en estos enfermos es complicado porque los síntomas de la ansiedad pueden deberse a alteraciones emocionales previas o a la repercusión psíquica de la enfermedad, al propio cáncer o al tratamiento antineoplásico e incluso se pueden producir por una interacción de todas ellas (Meseguer, 2003).

La ansiedad en enfermos oncológicos puede ser de varios tipos según Meseguer (2003):

- 1) Ansiedad confusional: tiene que ver con el no entender todas las dimensiones de lo que se está pasando y el no saber a dónde se va; lo que genera la sensación de peligro de desestructuración de la personalidad. El paciente pregunta mucho e incluso busca segundas opiniones, pues busca control mediante la información.
- 2) Ansiedad paranoide: por la vivencia de un ataque a la propia integridad y por el miedo a la desestructuración de la personalidad. Esto genera miedo y desconfianza que puede llevar al enfermo a hacer preguntas inadecuadas. Esta ansiedad se aumenta por procedimientos médicos que sean invasivos o agresivos, entrevistas con familiares sin la presencia del enfermo, la actitud autoritaria del médico o de otros profesionales y las medidas de inmovilización que se usan en la radioterapia o en psiquiatría.
- 3) Ansiedad depresógena: es la que tiene que ver con sentimientos de desesperanza, el temor a las pérdidas múltiples a las que se está exponiendo, la falta de motivación, la tristeza o el aburrimiento.

- 4) Ansiedad existencial: se da en personas que expresan sentimientos de vacío (en los que se pierde el valor de la experiencia presente) y pérdida de sentido de su existencia a raíz del diagnóstico y circunstancias de la enfermedad. Es frecuente que se asocie con la toma de conciencia de la posibilidad de la muerte que genera sentimientos de soledad insoslayable y de desvalimiento.

Otra posibilidad de clasificar la ansiedad en pacientes oncológicos es la que se muestra a continuación (Matías et al., 1995):

- 1) Ansiedad reactiva o situacional: relacionada con diferentes momentos de crisis.
- 2) Ansiedad relacionada con una influencia médica: por mal control del dolor, alteraciones metabólicas, secreción hormonal tumoral (como sucede en algunos tumores pulmonares) y fármacos.
- 3) Ansiedad relacionada con un trastorno de ansiedad preexistente: que se reactiva por el estrés que suponen todas las angustias asociadas a la enfermedad.
- 4) Ansiedad durante el tratamiento del cáncer: relacionada con la cirugía mutilante, la radioterapia, alopecia, emesis anticipatorio, etc.

Las diferentes situaciones ya citadas que generan estrés y sufrimiento en el paciente con cáncer y le pueden generar ansiedad, también pueden desencadenar diferentes tipos de síndromes depresivos como depresión mayor, distimia, depresión atípica o trastornos adaptativos con sintomatología depresiva (Mermelstein & Lesko, 1992). Con frecuencia, los síntomas depresivos pasan desapercibidos, por lo que como consecuencia no reciben un tratamiento adecuado. Entre otros motivos esto sucede por considerarse normal ante la situación de tener cáncer (por parte de los profesionales y del propio enfermo) una reacción de tristeza o de desesperanza, además de otros síntomas compatibles con los de una depresión. A esto se añade la dificultad de distinguir los síntomas somáticos del cáncer o de sus tratamientos de los de un cuadro depresivo (Die Trill, 2003; Mermelstein & Lesko, 1992).

Los síntomas depresivos en estos enfermos son la consecuencia de una interacción compleja entre factores médicos (enfermedad y tratamientos), psicológicos y sociales. Dada la

elevada frecuencia de síntomas somáticos idénticos a los de una depresión en ellos, dichos síntomas no resultan válidos a la hora de hacer un diagnóstico adecuado y con frecuencia se excluyen en cuestionarios que detectan este tipo de alteraciones (Hotopf et al., 2002; Lloyd-Williams, Spiller, Ward, 2003), como es el caso del HAD (Zigmond & Snaith, 1983), lo que puede aumentar el riesgo de falsos negativos (Die Trill, 2003). No obstante, parece que lo más adecuado es focalizar la atención en evaluar los síntomas emocionales del trastorno (como la anhedonia) sin obviar la información más relevante con respecto a su enfermedad somática, relaciones sociales y familiares (Die Trill, 2003).

A la hora de diagnosticar a estos pacientes es importante diferenciar un cuadro depresivo de la reacción adaptativa normal que dura varias semanas y que incluye incredulidad, shock, sensación de caos, tristeza, irritabilidad, alteraciones del apetito y del sueño, reducción en la capacidad de concentración y pensamientos y temores recurrentes sobre la enfermedad (Die Trill, 2003) .

La existencia de depresión en pacientes oncológicos se ha asociado a factores relacionados con la enfermedad como el tipo de cáncer, estadio de la enfermedad, síntomas físicos o efectos de los tratamientos; y por otra parte se ha asociado a factores personales (ser mujer, menor edad o edad mayor de 80 años, existencia de antecedentes psiquiátricos, factores de personalidad, estresores sufridos previamente, pérdidas recientes, tendencia al pesimismo y antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas), antecedentes psiquiátricos (trastornos del estado de ánimo o intentos de suicidio previos) y sociofamiliares (aislamiento) que contribuyen todos ellos a una mayor vulnerabilidad de sufrir diversas alteraciones psíquicas (Berard, Boermeester y Viljoen, 1998; Die Trill, 2003; Hotopf et al., 2002; Mermelstein & Lesko, 1992; Mistakidou et al., 2005; Stommel et al., 2001; Van't Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden, 1997; Zabora et al., 2001). Con respecto al nivel de escolarización Stommel y colaboradores (2001) han encontrado una relación inversa entre depresión y mayor nivel de escolarización. Pero según los datos obtenidos en el trabajo de revisión de Van't Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden (1997) los resultados son inconsistentes en las relaciones entre alteraciones psíquicas y nivel educativo y estado civil. Según este trabajo de revisión tampoco se obtienen datos muy consistentes en la relación entre psicopatología la las variables relacionadas con historia psiquiátrica previa y apoyo social.

Massie y Holland (1990) consideran que los factores de riesgo para sufrir un cuadro depresivo en el enfermo oncológico son: una historia previa de trastorno afectivo o alcoholismo, cáncer en un estado avanzado, mal control del dolor y tratamientos o enfermedades somáticas que provocan síntomas depresivos.

El cáncer no es por lo tanto el único factor que condiciona la existencia de alteraciones psíquicas en estos pacientes, sino un factor más que supone una crisis vital que aumenta la vulnerabilidad del paciente a sufrir trastornos del estado de ánimo.

2.- PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Hay una gran discrepancia en los porcentajes de prevalencia de trastornos psiquiátricos encontrados en distintos estudios (Spiegel, 1996): los valores oscilan entre un 4,5% y un 50% (Atesci et al., 2004; Breitbart, 1995, 2000; Derogatis et al, 1983; Grassi et al., 1996; Harrison et al, 1994; Hotopf et al, 2002; Lloyd-Williams Friedman y Rudd, 2001; Lloyd-Williams, Spiller J, Ward, 2003; Massie & Holland, 1990; Salvador, 1987; Smith, Gomm y Dickens, 2003; Van't Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden, 1997; Voogt et al, 2005; Zabora et al., 2001). Los estudios de prevalencia de estas alteraciones se han centrado en general de ansiedad, depresión y/o malestar psicológico.

Parece ser que las diferencias de prevalencia entre diferentes trabajos se deben a diferencias metodológicas entre ellos como el no usar siempre los mismos instrumentos o criterios para el diagnóstico de los trastornos mentales (Ginsburg et al., 1995; Hotopf et al., 2002; Smith, Gomm y Dickens, 2003; Van't Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden, 1997). Los estudios en los que se usan criterios del DSM dan tasas de prevalencia menores que estudios en los que se utilizan diversos cuestionarios (Hotopf et al., 2002). También varían el tamaño de la muestra, las variables sociodemográficas, la localización del tumor primario, la extensión de la enfermedad, el estado físico del paciente, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, los motivos para hacer una evaluación psiquiátrica y la formación del evaluador (Ginsburg et al., 1995). Por otra parte también influiría el punto de corte elegido en el instrumento que se usa, que no es siempre el mismo en diferentes estudios que usan un mismo

instrumento y la exclusión o no de los síntomas somáticos de diferentes cuestionarios (Van't Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden, 1997).

Respecto al género, se han encontrado más alteraciones psicopatológicas en mujeres que en los hombres con cáncer (Atesci et al., 2004; Massie, 2004; Smith et al., 2002; Stara et al., 2002; Stommel et al., 2001), aunque hay algún estudio en el que los datos son opuestos (Hopwood & Stephens, 2000) y alguno en el que no se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos (Massie, 2004; Keller et al, 2004).

Van't Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden (1997) hacen una revisión de artículos sobre las secuelas psicológicas de un diagnóstico de cáncer. Encuentran que hay una amplia variación entre las prevalencias encontradas en diferentes estudios, tal y como hemos señalado previamente. En esta revisión no se encuentran diferencias entre pacientes con cáncer y personas de la población general en ansiedad y malestar psicológico, pero sí más alteraciones de tipo depresivo, aunque en menor grado que las encontradas en pacientes psiquiátricos. Con respecto a la ansiedad se encuentra que tienen menos que otros pacientes con otras enfermedades médicas. A lo largo del tiempo, la ansiedad va disminuyendo en los pacientes oncológicos, pero no sucede lo mismo con la depresión que se mantiene según pasa el tiempo. La prevalencia de depresión, según esta revisión oscila entre los diferentes estudios entre un 0 y un 46% y la de trastornos de ansiedad entre un 0,9 y un 49%.

Derogatis y colaboradores (1983), en un estudio con 215 pacientes de tres centros diferentes, hallan un 47% de trastornos psiquiátricos que cumplen criterios diagnósticos del DSM-III. 44% de ellos presentan algún síndrome clínico y un 3% trastornos de la personalidad. Los diagnósticos se distribuyeron según se muestra a continuación:

- 1) Trastornos adaptativos: 68%
- 2) Trastorno afectivo mayor (depresión): 13%
- 3) Trastornos de ansiedad: 4%
- 4) Trastornos de la personalidad: 7%
- 5) Trastornos mentales orgánicos: 8%

De todos ellos, el 85% presentaban alteraciones con síntomas ansiosos y depresivos como síntomas centrales. La sintomatología depresiva fue la más frecuente, apareciendo en un

80% de las personas con algún diagnóstico psiquiátrico. No encontraron trastornos psicóticos, ni cuadros de manía. Un hallazgo importante de este estudio fue que los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico tenían, con una relación estadísticamente significativa, más síntomas de su enfermedad física (Derogatis et al., 1983).

Salvador (1987) halla otros porcentajes en el estudio que realiza en su tesis doctoral con 250 pacientes españoles con cáncer, que son los siguientes: un 32% de trastornos adaptativos, un 4% de depresión mayor, un 2% de trastornos por ansiedad, un 3% de trastornos asociados al alcohol y un 6% de trastorno mental orgánico.

Harrison y colaboradores (1994) hallan en un estudio con 520 pacientes oncológicos a las 8 semanas del diagnóstico, que había alteraciones psiquiátricas en un 17,1% de los enfermos. Un 5,8% de los casos tenían depresión mayor, un 2,3% trastorno de ansiedad generalizada, un 4,8% trastorno adaptativo con ánimo depresivo y un 4,2% trastorno adaptativo con ansiedad. La morbilidad psiquiátrica se evaluó con la PAS (Psychiatric Assesment Schedule) una entrevista psiquiátrica basada en criterios DSM-III-R.

En un estudio realizado con la escala de depresión de Zung (Dugan et al., 1998) un 21,5% de la muestra tenían puntuaciones de depresión leve, un 12,5% depresión moderada y un 1,9% depresión severa; por lo tanto un 35,9% presentaba el mínimo número de ítems requeridos para sugerir la presencia de un cuadro depresivo.

Breitbart y colaboradores (2000) encuentran en un estudio con 92 enfermos terminales con cáncer que un 16% de estos enfermos tenían criterios de episodio depresivo mayor, situación que se relacionaba con deseos de morir pronto en estos pacientes. La evaluación de los pacientes se realizó con la escala de depresión de Hamilton y la Entrevista Estructurada del DSM-IV.

Cuando se ha estudiado el malestar psicológico de manera más inespecífica en pacientes oncológicos como en un estudio con 4496 pacientes con cáncer (Zabora et al., 2001) en los que se diferenció la prevalencia de dicho malestar en función de la localización de la enfermedad. En este estudio, la prevalencia de malestar psicológico fue de 35,1% para todos los tipos de cáncer. La prevalencia más alta de malestar psicológico correspondió al cáncer de

pulmón con un porcentaje del 43,4%. Las porcentajes de pacientes con distintas alteraciones psicopatológicas concretas fueron:

- 1) Depresión: 18,7%
- 2) Ansiedad: 24,1%
- 3) Psicoticismo: 14,8%
- 4) Somatización: 29,9%

No se hallaron diferencias entre géneros, pero sí hubo diferencias significativas en función del estado civil (menores alteraciones en personas casadas), al igual que los hallazgos del trabajo de Mistakidou y colaboradores (2005). También se detectaron más alteraciones psíquicas en los más jóvenes (menores de 30 años) y en los mayores de 80 años. El malestar psicológico en este estudio se evaluó con el BSI (Brief Symptom Inventory).

Keller y colaboradores (2004) hacen un estudio con 184 pacientes con cáncer a los que evalúan con una entrevista diagnóstica basada en criterios DSM-IV para detectar alteraciones psicopatológicas y la escala HAD para detectar malestar psicológico. Un 28% de los pacientes recibieron un diagnóstico psiquiátrico, siendo el más frecuente el trastorno adaptativo (22%), teniendo la mayoría simultáneamente sintomatología de tipo ansioso y depresivo. Un 5% recibieron un diagnóstico de depresión mayor, un 3% un diagnóstico trastorno de ansiedad y se detectó psicosis en un paciente (1,5%). No se encontraron diferencias significativas entre géneros.

Atesci y colaboradores (2004), hicieron una evaluación de 117 pacientes con cáncer utilizando la SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV), la escala HAD y el cuestionario GHQ. Un 30% de los pacientes tuvieron un diagnóstico psiquiátrico, de los que un 48,5% recibieron el diagnóstico de trastorno adaptativo y un 13,7% una depresión mayor. Se encontró relación de tener un diagnóstico psiquiátrico con dolor y tener conocimiento de su diagnóstico. Las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones en la escala HAD y en el GHQ con diferencias significativas con los varones.

Los resultados con respecto a la depresión varían en función de los criterios utilizados para diagnosticar un cuadro depresivo, el tipo de trastorno depresivo estudiado, fase de la enfermedad, tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Es probable que el 25% de los

enfermos oncológicos hospitalizados cumplan criterios para el diagnóstico de una depresión mayor o de un trastorno de adaptación con ánimo depresivo (Die Trill, 2003). Spiegel (1996) señala que hasta un 50% de los pacientes tienen sintomatología depresiva en un nivel de diagnóstico clínico en algún momento de su enfermedad, aunque sea temporalmente. Pero con frecuencia estos casos no se diagnostican y no se tratan en base a la idea de que es normal que estos enfermos estén con un ánimo triste (Massie & Holland, 1984).

Massie y Holland (1990) en un estudio de revisión sobre la depresión en el paciente oncológico encuentran una prevalencia media de un 25% de síndromes depresivos (depresión mayor y trastornos adaptativos con sintomatología depresiva). Además hallaron que el motivo más frecuente de interconsulta a psiquiatría en estos pacientes fue la depresión y/o el riesgo suicida.

Breitbart (1995) encuentra en otro trabajo de revisión que la prevalencia de depresión en enfermos con cáncer oscila entre un 20 y un 25%. Porcentaje que aumenta a medida que la enfermedad avanza o el dolor y la incapacidad física son mayores.

En otro trabajo de revisión sobre la prevalencia de depresión en enfermos de cáncer (Massie, 2004) se muestra que la depresión mayor se detecta entre un 0 y un 38% de los enfermos en los diferentes estudios revisados y los síndromes depresivos entre un 0 y un 58% en los diferentes estudios revisados. La mayoría de estas investigaciones son en grupos heterogéneos de enfermos de cáncer, con diferentes criterios para detectarla o diagnosticarla, en diferentes estadios de la enfermedad, diferentes tipos de tratamientos, no siempre se hace referencia a los antecedentes y tampoco en todos se reflejan variables sociodemográficas, dificultando todo ello la comparación entre diferentes trabajos. Lo que sí se ha encontrado es que en estos pacientes tienen con más frecuencia depresión que la población general, siendo las diferencias significativas con respecto a dicha población.

Aparte de los trastornos referidos, hay autores que aportan la cuestión de que es posible determinar la existencia de otros trastornos, en estos enfermos, como el Trastorno por estrés postraumático, en un 10% de los casos con todos los criterios diagnósticos y en un 48% de los casos de forma subsindrómica (Alter et al., 1996; Cordova et al., 1995).

En función de los datos referidos podemos apreciar que en los pacientes oncológicos hay una mayor prevalencia de alteraciones psicopatológicas que en la población general en la que se estima que hay una prevalencia de sintomatología depresiva entre el 9 y el 20% y para la depresión mayor de un 3 a un 6% en varones y de un 5 a un 10% en mujeres; con respecto a la ansiedad, la prevalencia está situada entre un 4 y un 8% (Vallejo Ruiloba, 2003). Estos datos nos llevan a pensar que hay que tener en cuenta en la valoración de estos pacientes los aspectos relacionados con las alteraciones psicopatológicas de cara a hacer una valoración y tratamiento globales de los pacientes.

3.- DETECCIÓN DE PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Hay numerosos estudios en los que se valoran alteraciones psicopatológicas en enfermos oncológicos tal y como hemos referido anteriormente.

Los instrumentos más utilizados para medir malestar psicológico en enfermos oncológicos son (Cella, 1989; Meseguer, 2003):

- 1) HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale de Zigmond y Snaith (1983)
- 2) POMS (Profile of Mood States) de Lorr y McNair (1984)
- 3) BSI (Brief Symptom Inventory) de Derogatis y Melisaratos (1983)
- 4) STATE (State-Trait Anxiety Inventory) de Spielberger y colaboradores (1970)
- 5) Symptom Check List-90 (Derogatis, 1975).
- 6) Multiple Affect Adjective Checklist (Zuckerman, 1965).
- 7) SCID (Structured Clinical Interview for DSM)

En el presente trabajo se utilizan la escala HAD y el MMPI-2. A continuación se hace referencia a dichos instrumentos y a estudios con pacientes oncológicos realizados con cada uno de ellos.

3.1.- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond y Snaith, 1983)

La escala HAD es una de las más utilizadas en pacientes oncológicos porque elimina los síntomas físicos de la ansiedad y la depresión que se pueden confundir con síntomas de la enfermedad somática, así como los síntomas que pueden aparecer en ambos tipos de trastornos (insomnio, anergia, fatiga y pesimismo sobre el futuro). También se excluyen los síntomas correspondientes a trastorno mental severo (tales como ideación suicida o limitación fóbica) porque aunque sean frecuentes entre enfermos psiquiátricos, no son frecuentes entre enfermos somáticos. Los ítems correspondientes a la subescala depresión se basan fundamentalmente en los síntomas de anhedonia de la depresión. (Quintana et al., 2003; Zigmond & Snaith, 1983).

Se ha traducido y validado en varios países e idiomas y se usa con frecuencia en contextos clínicos y de investigación. Se ha demostrado su fiabilidad y validez para evaluar ansiedad y depresión en pacientes no psiquiátricos con enfermedades médicas diversas. Además es un instrumento fácil de comprender y completar y breve, lo que facilita su uso con pacientes médicos. Por estos motivos se puede usar como prueba de *screening* de ansiedad y depresión en dichos pacientes (Quintana et al., 2003).

Según algunos autores es una de las escalas más efectivas para detectar depresión y ansiedad en los pacientes oncológicos (Ibbotson et al., 1993) pero no se considera una herramienta diagnóstica sino simplemente de *screening* (Sellick & Crooks, 1999).

La escala HAD tiene el inconveniente de que es una escala inespecífica de ansiedad y depresión más centrada en el malestar psicológico que en detectar un trastorno concreto por lo que con frecuencia encuentra más prevalencia de alteraciones de tipo ansioso y depresivo que otros procedimientos más exigentes. Por lo que según algunos autores consideran que los pacientes con puntuaciones que indican casos de ansiedad o depresión tendrían una prevalencia real de depresión en un 50% de los casos, sin embargo se sigue considerando un instrumento adecuado de *screening* en enfermos oncológicos por las características referidas anteriormente (Hotopf et al., 2002). Por todos los motivos referidos es la escala que se ha utilizado con más frecuencia en investigaciones con pacientes oncológicos (Aass et al., 1997; Atesci et al., 2004; Carroll et al., 1993; Gore, 2000; Grassi et al., 1996; Harter et al., 2006; Hopwood & Stephens, 2000; Hotopf et al., 2002; Keller et al., 2004; Kramer, 1999; Ibbotson

et al., 1994; Lloyd-Williams Friedman y Rudd, 2001; Meseguer, 2003; Razavi et al., 1990; Smith AB et al., 2002; Smith, Gomm y Dickens., 2003; Stara et al., 2002; Voogt et al., 2005).

No se consideran casos si la puntuación está entre 0-7 puntos, son casos dudosos con puntuación entre 8 y 10 puntos y se consideran casos con puntuación entre 11 y 21 puntos. Puntuaciones que se determinan por separado en cada una de las subescalas de ansiedad y de depresión (Zigmond y Snaith, 1983).

Las medias obtenidas en población española sin patología psiquiátrica son de 6,77 para la ansiedad y de 2,44 para la depresión. En personas con otras enfermedades somáticas las medias son: 6,84 y 4 en colitis ulcerosa, 6,48 y 3,63 en enfermedad de Crohn, 5,88 y 4,70 en enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 7,28 y 3,94 en asma (Quintana et al., 2003)

Se utiliza en el presente estudio por ser una escala considerada como prueba adecuada de *screening* de alteraciones psicopatológicas en pacientes oncológicos (Akechi et al., 2001; Carroll et al., 1993; Hotopf et al., 2002; Lloyds-Williams et al., 2001 y 2003; Razavi et al., 1990; Rodgers et al., 2005; Sellick & Crooks, 1999). Aunque algún autor recomienda combinar el HAD con otras escalas por tener poca sensibilidad y especificidad en pacientes con estadios avanzados del cáncer (Lloyds-Williams, 2001).

Estudios más importantes en los que se usa la escala HAD

- Ibbotson y colaboradores (1993) realizaron una investigación sobre pruebas de *screening* de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer utilizando la escala HAD, el GHQ-28 y la RSCL (Rotterdam Symptom Checklist) y la PAS (Psychiatric Assesment Schedule, que se basa en criterios diagnósticos DSM-III). De todos los procedimientos utilizados la escala HAD fue el instrumento más adecuado para los que tenían una enfermedad estable y en los que estaban en tratamiento activo. Se obtuvo una prevalencia de ansiedad y depresión de un 17% con la PAS, habiendo un mayor porcentaje de pacientes con ansiedad y depresión entre los que sufrían una enfermedad en progresión con respecto a los que ya estaban libres de la misma o estaba estabilizada. También hubo más pacientes con ansiedad y depresión entre quienes estaban en tratamiento.

- Aass y colaboradores (1997) han encontrado en 716 pacientes oncológicos un porcentaje de un 13% de pacientes con ansiedad y de un 9% con depresión con la escala HAD y un punto de corte de 11. Encontraron relación significativa entre mayores puntuaciones en la escala HAD y estar hospitalizados y ser mujer. Un 5% de los pacientes tuvieron valores elevados en ambas subescalas.
- Berard, Boermeester y Viljoen (1998) evaluaron a 456 pacientes ambulatorios con tumores sólidos utilizando la escala HAD, a 245 pacientes con el Inventario de depresión de Beck y a 100 pacientes con una entrevista psiquiátrica estructurada utilizando criterios DSM-IV. Se estimó que había depresión en un 14% de los pacientes utilizando la subescala de depresión de la escala HAD, pero con un punto de corte de 8, que incluye a los casos dudosos.
- AB Smith y colaboradores (2002) en un estudio con 1474 pacientes oncológicos se obtuvieron con la escala HAD medias en la escala de depresión de 4,38 y en la de ansiedad de 6.05. Hallándose medias mayores en mujeres que en varones con diferencias significativas. En este estudio los pacientes de más edad experimentaron menores niveles de ansiedad que los más jóvenes, pero los niveles de depresión eran mayores a medida que aumentaba la edad.
- Hotopf y colaboradores (2002) en un trabajo de revisión sobre depresión en pacientes con cáncer avanzado se encontró que el instrumento utilizado con mayor frecuencia en diversos estudios fue la escala HAD. Con dicha escala se ha obtenido una prevalencia de depresión con una media de un 29% de posibles casos (con un punto de corte de 8), con un rango entre un 7% y un 32% de enfermos con depresión según diferentes estudios.
- Stark y colaboradores (2002) realizaron un estudio de prevalencia de trastornos de ansiedad en 178 pacientes oncológicos. Un 48% de los pacientes referían tener ansiedad. Haciendo una entrevista diagnóstica posterior, un 18% tenían finalmente criterios ICD-10 de trastorno de ansiedad. Se encontró asociación entre este diagnóstico y la puntuación en la subescala de ansiedad de la escala HAD, sexo

femenino y aspectos negativos de soporte social. En un 48% de los pacientes hubo puntuaciones en la subescala de ansiedad mayor de 7 (casos dudosos). La mayoría de los que tenían criterios diagnósticos ICD-10 de trastorno de ansiedad, tenían puntuaciones en la escala HAD mayores de 7 con una media de 11,5; entre los que no tenían un diagnóstico de trastorno de ansiedad la media fue de 6,5.

- Smith, Gomm y Dickens (2003) han encontrado en 68 pacientes con cáncer avanzado se tasas de ansiedad de un 25% y de depresión de un 22%, detectadas con la escala HAD. La media obtenida en la subescala de depresión fue de 7 y 8 en las de ansiedad .
- Keller y colaboradores (2004) hacen un estudio con 184 pacientes con cáncer a los que evalúan con una entrevista diagnóstica basada en criterios DSM-IV (cuyos resultados se han mostrado ya previamente) y la escala HAD. Los valores obtenidos en la escala HAD fueron una media de 6,5 en la subescala de ansiedad y un 5,1 en la subescala de depresión. 19% de los enfermos tuvieron puntuaciones correspondientes a “casos” en la subescala de ansiedad y un 14% tuvieron valores mayores correspondientes a “casos” en la subescala de depresión. Sumando los casos y posibles casos fueron 36% en la subescala de ansiedad (17% de posibles casos) y un 23% en la subescala de depresión (9% de posibles casos).
- Mistakidou y colaboradores (2005) realizan un estudio sobre la relación entre la calidad de vida y ansiedad y depresión en 120 pacientes con cáncer avanzado. Se halló relación entre ansiedad y depresión (medida con la escala HAD) con dimensiones relacionadas con funciones emocionales del cuestionario de calidad de vida. Aunque en el caso de la ansiedad sí había correlación con las puntuaciones globales en calidad de vida. Las medias obtenidas fueron de 8,03 para la subescala de ansiedad y de 8,24 para la de depresión. La prevalencia de casos (con puntuación mayor de 11 puntos) fue de 25,8% para la depresión y de 24,2% para la ansiedad. Sumando los casos dudosos hubo un 31,7% en la depresión y de un 27,5% en la ansiedad.
- Voogt y colaboradores (2005), en otro trabajo con pacientes oncológicos (n= 105) entre los que había pacientes con cáncer de pulmón (n=34) se hallaron medias con el HAD de 4,8 para depresión y de 5,2 para ansiedad. Sólo el 8% de los pacientes

tuvieron puntuaciones correspondientes a la subescala de ansiedad en el HAD (>10), que el caso de la subescala de depresión fueron un 13%.

En algunos estudios existentes en la literatura se ha hecho una evaluación de ansiedad y depresión con la escala HAD en enfermos de cáncer de pulmón (Akechi et al., 2001; Gore, 2000; Hopwood & Stephens, 2000; Kramer, 1999; Montazeri et al., 1998). La escala HAD también se ha establecido como un instrumento útil de *screening* de alteraciones psíquicas en enfermos de cáncer de pulmón (Kramer, 1999). Se muestran los datos de estos estudios en el apartado correspondiente a alteraciones psicopatológicas en enfermos de cáncer de pulmón.

3.2.- MMPI-2 (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2) (Hathaway y McKinley, 1996)

Aunque Bayés (1991) señala que los inconvenientes de MMPI son que los sujetos tienden a contestar de la forma que consideran más aceptable socialmente y las escalas de veracidad suelen mostrar un número elevado de respuestas poco creíbles, no podemos desestimar la riqueza de la información que nos puede proporcionar por la cantidad de aspectos que recoge este instrumento.

En relación con estudios que detecten alteraciones psicopatológicas de una manera más amplia, no se han encontrado estudios con el MMPI-2 para evaluar dichas alteraciones en pacientes oncológicos adultos y apenas hay estudios previos con MMPI con el mismo fin en pacientes con estas características. Apenas hay estudios en los que se utilice el MMPI con enfermos de cáncer y los que hay son con la versión anterior del MMPI (Delgado et al., 1989; García et al., 1990; Matías et al., 1990; Matías et al., 1995; Kirkaldy y Kobylinska, 1987), siendo el más reciente encontrado del año 1995. Cuatro de los seis estudios citados se han realizado en España (Delgado et al., 1989; García et al., 1990; Matías et al., 1990; Matías et al., 1995). A continuación se muestran los datos de los estudios más relevantes:

- Kirkaldy y Kobylinska (1987) dividieron la muestra en tres grupos, dos grupos de paciente con cáncer de mama que se diferencian por el tipo de tratamiento recibido (mastectomía o quimioterapia) y un grupo control. En ambos grupos con cáncer hay valores elevados en la subescala de *Depresión*. Las mujeres que han sufrido una

mastectomía muestran tasas más elevadas en *Hipocondría, Depresión, Histeria, Paranoia, Psicastenia, Hipomanía y Esquizofrenia* en relación con el grupo control.

- Blanco colaboradores (1988) se hicieron un estudio con 40 pacientes con neoplasias hematológicas. Se encuentran puntuaciones altas en mujeres en algunas escalas: *Histeria, Paranoia y Neuroticismo*. En varones y mujeres se encuentran puntuaciones elevadas en *Hipocondría, Depresión e Introversión social*.
- Delgado colaboradores (1989) en una investigación con pacientes oncológicos (no especifican el número) en tratamiento psiquiátrico (el 70% tienen diagnóstico de depresión), encontraron que en los hombres había un aumento en las subescalas *Depresión, Introversión social y Dependencia*. En las mujeres había un aumento en *Hipocondría, Depresión, Psicastenia, Esquizofrenia, Introversión social y Dependencia*. Los pacientes con cáncer que tienen una enfermedad mental comórbida, tienen mayores valores en *Depresión, Introversión social* y mayor *Dependencia*. Se encuentra una acumulación de eventos estresantes previos en los pacientes con depresión (72%).
- García y colaboradores (1990) evaluaron a 53 pacientes con cáncer (tumores sólidos) sin antecedentes de tratamiento psiquiátrico con el MMPI y con una escala de agresividad. Tuvieron valores altos de *Neuroticismo y Dependencia*, y valores menores a los de la población general en *Desviación psicopática*. La *Histeria* era más baja de lo normal en varones y la *Hipocondría* mostraba valores elevados en mujeres. Se obtuvieron las puntuaciones más elevadas del MMPI en *Depresión* tanto en hombres como en mujeres. En *Introversión social* se hallaron valores elevados en ambos. En *Paranoia* los hombres obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores a los de la población general.
- Matías y colaboradores (1995) compararon rasgos de personalidad entre dos grupos de pacientes, uno de mujeres con cáncer de mama (n=35) y otro de mujeres con neoplasias hematológicas (n=24). Hallaron que había rasgos de personalidad similares en ambos grupos aunque encontraron algunas diferencias significativas, como aumento de la subescala de *Introversión social* del MMPI en las mujeres con cáncer de

mama y en la subescala de *Hipocondría, Depresión y Paranoia* en las que tenían neoplasias hematológicas.

4.- ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

Se ha encontrado que los enfermos con cáncer de pulmón tienen una mayor prevalencia de malestar psíquico que pacientes con otros tipos de cánceres (Carlson et al., 2004; Zabora et al., 2001), aunque no todos los autores encuentran estos hallazgos (Hersbach et al., 2004).

En un estudio que se realizó comparando sintomatología depresiva en enfermos con cáncer de mama, de colon, pulmón y próstata, se encontró que los enfermos con cáncer de pulmón eran los que tenían puntuaciones más altas en depresión con diferencias significativas con los demás cánceres ($p < 0,01$) (Stommel et al., 2001). Pero en otro estudio (Aass et al., 1997) los enfermos con cáncer de pulmón no sólo no tuvieron puntuaciones más altas en depresión y ansiedad sino que tuvieron puntuaciones por debajo de otras localizaciones tumorales.

El pulmón es una de las localizaciones tumorales en las que se encuentra con más frecuencia sintomatología depresiva en relación a otras localizaciones tumorales; se dan cuadros depresivos en un porcentaje entre un 11% y un 44% de los casos (Dugan et al., 1998; Hughes, 1985; Massie, 2004). La prevalencia de depresión varía según los instrumentos utilizados. Es más baja en los estudios en los que se utilizan criterios diagnósticos del DSM con una prevalencia entre un 4% y un 5% (Akechi et al., 2001; Ginsburg et al., 1995) y más alta en los estudios que usan la escala HAD con una prevalencia entre un 12% y un 37% (Hopwood & Stephens, 2000; Kramer, 1999; Montazeri et al., 1998).

Se han hallado mayores tasas de depresión que en población general en estos enfermos, especialmente en los que tienen una enfermedad más avanzada y síntomas más severos de la misma (Cella et al., 1987; Hopwood & Stevens, 2000). Según los hallazgos de Ginsburg y colaboradores (1995) las alteraciones psicopatológicas son frecuentes en estos

pacientes. Con respecto al género, los hombres han presentado mayores tasas de depresión que las mujeres (Hopwood & Stevens, 2000).

El instrumento usado con mayor frecuencia en diferentes estudios es la escala HAD (Akechi et al., 2001; Gore, Brophy y Greenstone, 2000; Hopwood & Stephens, 2000; Kramer, 1999; Montazeri et al., 1998;).

A continuación se muestran los datos más importantes de los estudios realizados con estos pacientes:

- Ginsburg y colaboradores (1995) en un estudio, con 52 enfermos con cáncer de pulmón recientemente diagnosticado y en tratamiento con quimioterapia y radioterapia utilizaron como herramienta diagnóstica la entrevista semiestructurada basada en criterios diagnósticos del DSM-III. Un 4% de los pacientes (n=2) tenían un trastorno afectivo, ninguno tenía un trastorno de ansiedad y un 12% (n=6) tenían un trastorno adaptativo. Un 44% expresaban sentimientos de tristeza, un 29% de temor, un 4% de angustia, un 17% de shock y 8% de culpa. Un 13% habían pensado en el suicidio a raíz de conocer el diagnóstico de cáncer de pulmón y un 31% referían pensamientos de muerte. Un 52% de los pacientes tenían insomnio, siendo este severo para un 29%.
- En el trabajo mencionado anteriormente de Aass y colaboradores (1997), realizado con 716 pacientes con diferentes localizaciones tumorales (entre las que estaba el cáncer de pulmón), en el subgrupo de enfermos de cáncer de pulmón se hallaron con la escala HAD tasas de depresión de un 26% y de ansiedad de un 23%.
- Akechi y colaboradores (1998) estudian el afrontamiento, entendido como ajuste, con el MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale), entre otras variables psicosociales (evaluadas con el POMS) en 87 enfermos con cáncer de pulmón. Encuentran que en afrontamiento relacionado con impotencia y desesperanza se asociaba con mayor malestar psicológico en estos enfermos. Además, encontraron relación entre malestar psicológico y vivir solo y género femenino. No se encontró asociación entre dicho malestar y la fase de la enfermedad o el estado físico.

- Montazeri y colaboradores (1998) han encontrado, en 129 pacientes con cáncer de pulmón evaluados con la subescala de ansiedad de la escala HAD, que un 10% de los pacientes puntuaban como casos de ansiedad y un 6% puntuaban como casos dudosos de ansiedad al inicio de la enfermedad. En el caso de la subescala de depresión eran un 12% puntuaban como casos de depresión al inicio de su enfermedad y un 11% como casos dudosos de depresión. Según avanzaba la enfermedad aumentaban las tasas de depresión (con una diferencia significativa con el inicio de la enfermedad) en un 10% con respecto al valor previo (22% de los pacientes) pero no las de ansiedad, entre los supervivientes (n=82). Los que tenían una peor calidad de vida tenían mayores puntuaciones en las dos subescalas de ansiedad y depresión.
- Kramer (1999), en 60 pacientes con cáncer de pulmón no operable, que evaluó en sus casas cada dos meses con la escala HAD, encontró que en algún momento de la evolución de la enfermedad un 50% de los pacientes llegaron a puntuar como casos probables de depresión y un 37% tuvieron puntuaciones correspondientes a casos de depresión. Un 27% fueron casos probables y un 7% puntuaron como casos en una primera evaluación (6 semanas después del diagnóstico). En la última medición (unas 4 semanas antes de la muerte), un 32% puntuaban como casos de depresión y un 29% como casos probables.
- Gore, Brophy y Greenstone (2000) compararon 50 pacientes con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) con 50 pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas no resecable que estaban en tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia. Se halló que los pacientes con cáncer de pulmón presentaban ansiedad y/o depresión (medidos con el HAD) en rangos clínicos en un 52% de los casos (aunque en este grupo incluyeron tanto los que puntuaban como casos y como casos dudosos), aunque sólo el 4% recibieron tratamiento psiquiátrico. La media de la subescala de depresión del HAD fue 7,22 y la media de la subescala de ansiedad del HAD fue 7,20, con valores menores que los obtenidos en pacientes con EPOC (10,18 y 11,44 respectivamente).
- Hopwood y Stephens (2000), hicieron dos grupos con 987 pacientes con cáncer de pulmón no operable, uno de pacientes con mal pronóstico, con cáncer de pulmón de

células pequeñas (n=526) y otro con buen pronóstico con pacientes, con cáncer de pulmón que no era de células pequeñas (n=461). Se utilizó el HAD como instrumento de *screening* de ansiedad y depresión. En toda la muestra hubo un 17% de pacientes con puntuaciones que indicaban depresión y un 16% tenían puntuaciones correspondientes a casos dudosos. Un 25% de los pacientes con mal pronóstico (con tumor de células pequeñas) tuvieron puntuaciones que les situaban como casos de depresión frente a un 9% de los del otro grupo, con diferencias significativas entre ambos grupos ($p<0,0001$). Un 18% de los pacientes tuvieron puntuaciones que les situaban como casos de ansiedad, y un 18% puntuaron como casos probables de ansiedad. Las tasas de los considerados como casos de ansiedad fueron mayores en los pacientes con tumor de peor pronóstico (23%, frente a un 12% en los de peor pronóstico) con diferencias significativas entre ambos grupos ($p<0,0001$). Un 21% de los casos tuvieron puntuaciones elevadas de ansiedad y depresión simultáneamente. Los varones tuvieron tasas de depresión mayores que las mujeres ($p<0,001$). Además se halló que las alteraciones funcionales y los síntomas físicos fueron los principales factores de riesgo de depresión en estos pacientes, factores más asociados a los tumores de peor pronóstico (de células pequeñas). A lo largo del tiempo, aumentó el porcentaje de personas con depresión entre los enfermos con carcinoma de células pequeñas y disminuyó en los que tenían un carcinoma que no era de células pequeñas.

- Akechi y colaboradores (2001) evaluaron a 129 pacientes con cáncer de pulmón (que no era de células pequeñas) no resecable con la Entrevista Clínica Estructurada basada en criterios diagnósticos DSM-III-R y con la escala HAD. Además evaluaron adaptación a la enfermedad con el MAC (Mental Adjustment to Cancer). Al comienzo de los tratamientos hubo un 5% de casos de depresión mayor y un 14% de trastornos adaptativos. Seis meses después hubo un 3% de los pacientes con depresión mayor y un 16% con trastornos adaptativos. Se encontró asociación de alteraciones psíquicas con mayor edad y con dolor en el momento del diagnóstico y el inicio del tratamiento. El 35% de los pacientes que experimentaron algún síndrome depresivo (depresión mayor y/o trastorno adaptativo) en la primera evaluación, tuvieron las mismas alteraciones a los seis meses. Comprobaron que la intensidad de la ansiedad y la depresión evaluada con la escala HAD en una primera etapa de la enfermedad era un factor predictor importante de la existencia de estos trastornos a los seis meses. Concluyen que la escala HAD es un instrumento útil de *screening* para estos pacientes.

- Stommel y colaboradores (2001) hicieron un estudio sobre prevalencia de depresión en 860 enfermos con cáncer de mama, colon, pulmón y próstata en cuatro momentos diferentes de la enfermedad: 2-6 semanas del inicio de los tratamientos (26,1% con depresión), a los 2-3 meses (17,6% con depresión), a los 5-7 meses (18,1% con depresión) y después de un año (15,8% con depresión). A lo largo del tiempo iban reduciéndose las tasas de depresión en todos los pacientes (pero menos en los que tenían más alteraciones físicas), sobre todo en los 2-3 primeros meses y después la disminución fue más lenta. Los enfermos con mayores tasas de depresión fueron los enfermos con cáncer de pulmón. El instrumento utilizado fue el CES-D.
- Kurtz y colaboradores (2002) realizaron un estudio longitudinal de un año de duración con 228 pacientes geriátricos (con 65 años o más) con cáncer de pulmón. Se encontró que los predictores significativos de la sintomatología depresiva eran una asociación positiva la restricción de las actividades sociales ($p < 0,0001$), la severidad de los síntomas físicos ($p < 0,0001$) y una asociación negativa con el tratamiento con radioterapia los días previos ($p < 0,017$). Además se hallaron tasas más altas de depresión en pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas frente a otros tipos histológicos. No se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre depresión y las siguientes variables: edad, género, comorbilidad, funcionamiento físico y fase de la enfermedad. La sintomatología depresiva se midió con el CES-D. En este estudio no se señala la prevalencia de cuadros depresivos.
- Martín, Sierra y Sánchez (2003) realizaron su estudio en población española con 26 pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón. Evaluaron los niveles de ansiedad y depresión con la escala HAD en la que se obtuvieron medias de 6 en ansiedad y depresión.
- Sarna y colaboradores (2005) encuentran en su estudio con 217 mujeres con cáncer de pulmón (que no era de células pequeñas), que 35% de las pacientes tenían ánimo depresivo que estaba relacionado con el sentido negativo atribuido a la enfermedad. La evaluación se realizó con el CES-D.

- Akechi y colaboradores (2006), realizan otro estudio longitudinal con 85 enfermos con cáncer de pulmón avanzado que no era de células pequeñas para evaluar el curso del malestar psíquico en estos pacientes, evaluado con el POMS (Profile of Mood States). Se realizan evaluaciones en tres momentos, la primera después del diagnóstico, la segunda a los dos meses y la tercera a los seis meses. Los síntomas de ansiedad y depresión iban disminuyendo de forma significativa a medida que pasaba el tiempo, pero persistían otras formas de malestar psíquico como angustia, hostilidad, fatiga y confusión. El malestar emocional después del diagnóstico del cáncer era un factor predictor del malestar emocional a largo plazo, por lo que se propone una intervención precoz con los pacientes que manifiestan dicho malestar en las primeras etapas tras el diagnóstico de su enfermedad. Las personas con mayores alteraciones en el estado de ánimo, a los seis meses, presentaban menor espíritu de lucha y mayor desesperanza (evaluadas con el MAC).

VI.- AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER

1.- CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO

El afrontamiento es un tipo de respuesta multidimensional y dinámica que se genera ante una situación que se percibe como estresante. Las respuestas ante el estrés son fruto de una interacción, que es continua, entre cada persona y su medio. En dicha interacción cada situación será percibida como estresante o no por el individuo en función de diferentes factores psíquicos del mismo más que de las características objetivas del suceso (Lazarus y Folkman, 1986). En función de dicha percepción habrá un amplio rango de diferencias individuales en la respuesta ante distintas situaciones estresantes (Hamburg & Adams, 1967).

La reacción ante el estrés de una situación estaría mediada según Lazarus (1974) por evaluaciones cognitivas que hace el sujeto de la misma y que tratarían de contribuir a la autorregulación en dicha situación. En dichas evaluaciones cognitivas se evalúa el significado de una transacción para el bienestar personal y evalúa su valor potencial de cara al manejo del ambiente; estas evaluaciones se realizan en un cambio constante. Para Lazarus (1974) la autorregulación se realizaría mediante dos tipos de procesos: 1) acciones directas para manejar o cambiar el problema, 2) acciones de tipo paliativo (para cuando se siente que no se puede hacer nada para cambiar la situación), entre las que estarían procesos intrapsíquicos para manejar las emociones (como la negación, evitación o retirada de atención de lo que sucede) y actividades dirigidas al manejo de los síntomas somáticos del estrés (tomando tranquilizantes, mediante técnicas de relajación, etc.). Según estos planteamientos, el estrés sería en gran medida un constructo mental, pues el estrés de la situación depende de la medida en que se valore como tal y no algo que sucede independientemente de la acción del individuo (Singer, 1984).

Una vez que la situación se percibe como estresante la persona desarrolla una serie de estrategias para enfrentarse a la situación que se llaman estrategias de afrontamiento (*coping*). Son fundamentales porque influyen directamente sobre la valoración que se hace de la situación dada y sobre la respuesta al estrés. Por estos motivos, las estrategias de afrontamiento se han considerado como mediadoras e incluso determinantes de las respuestas de estrés (Crespo y Cruzado, 1997). Sin embargo, sigue usándose el término afrontamiento de una manera vaga y no bien establecida; siendo tal vez la definición más aceptada la propuesta por Lazarus y Folkman (1986) dentro de su modelo transaccional de estrés (entendido como proceso dinámico, en cambio constante en función de las actitudes del

individuo y los cambios de las circunstancias). Estos autores definen el afrontamiento *“aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Lazarus y Folkman, 1986, p.164).

Aunque esta es la definición más aceptada, existen grandes diferencias entre diferentes autores al definir los “procesos cognitivos y conductuales” que configurarían las estrategias de afrontamiento (Crespo y Cruzado, 1997; Rowland, 1989b). Otras definiciones de otros autores se muestran a continuación:

- Lipowski (1970) hace una definición del afrontamiento en el contexto de las enfermedades físicas. Para este autor el afrontamiento sería *“toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones dañadas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible”* (Lipowski, 1970, p.93).
- Weisman y Worden (1976-1977) definen el afrontamiento como lo que uno hace ante un problema que percibe para conseguir alivio, recompensa, calma o equilibrio. Diferencian afrontamiento de defensa, en el sentido de que el afrontamiento busca solución a un problema que se plantea, mientras que la defensa busca el alivio mediante la evitación o la desconexión.
- Pearlin y Schooler (1978) definen el afrontamiento como toda respuesta ante eventos estresantes que sirve para prevenir, evitar o controlar el malestar emocional que generan dichos eventos estresantes. En función de esta idea el afrontamiento tendría tres funciones de protección que se producirían mediante los siguientes procesos: 1) manejando el problema que causa el malestar eliminando o modificando las condiciones que lo generan, 2) alterando el significado de la experiencia para neutralizar su significado problemático y 3) regulando el malestar emocional generado por el problema. La función que predomina estaría en función de la evaluación individual de la situación.

- Caplan (1981) define el afrontamiento como el comportamiento que hace el individuo para reducir a límites tolerables las manifestaciones fisiológicas y psíquicas de la activación emocional durante e inmediatamente después de un evento estresante. También afirma que moviliza los recursos internos y externos de la persona y desarrolla en ella nuevas capacidades que le llevan a cambiar su entorno o su relación con él, para reducir la amenaza o encontrar fuentes alternativas de satisfacción.

En general, los diferentes autores no distinguen entre estrategias adecuadas o inadecuadas sino que dicha adecuación hay que valorarla individualmente en función de que consigan o no los objetivos que se proponen (Rowland, 1989b).

Para Lazarus y Folkman (1986) las respuestas de afrontamiento del sujeto en interacción con el ambiente dependerán de un proceso de evaluación cognitiva. La evaluación cognitiva y el afrontamiento tienen un efecto modulador de las consecuencias que para la adaptación del sujeto tenga una determinada situación. Como consecuencia, las respuestas de afrontamiento se convertirán en mediadoras y condicionarán la respuesta al estrés. En dichas respuestas también influirán los recursos personales para llevarlas a cabo y las restricciones que uno experimenta ante la posibilidad de usar dichos recursos.

La evaluación cognitiva sería el proceso mediante el que, según estos autores, el sujeto categoriza una interacción concreta con su ambiente en términos de relevancia para su bienestar. Lazarus y Folkman (1986) distinguen tres tipos:

- 1) Evaluación primaria: en la que se evalúa la importancia de la interacción con el medio como benigna-positiva, irrelevante o estresante, que a su vez se clasifica en pérdida, amenaza o reto. Dichas categorías no son excluyentes entre sí.
- 2) Evaluación secundaria: mediante la que el sujeto evalúa que opciones de reacción están disponibles; estima cuál es la mejor, qué probabilidad hay de que dé resultado y qué consecuencias traerá. Tiene que ver con la probabilidad subjetiva de que una determinada opción de afrontamiento o respuesta ante la situación lleve al resultado deseado.

- 3) Reevaluación: consiste en los cambios sobre las evaluaciones previas que se basan en nueva información sobre el ambiente o sobre las propias reacciones y que permite saber si la estrategia de afrontamiento que se está siguiendo es o no adecuada.

La evaluación primaria y la secundaria interactúan entre sí, influyendo en el nivel de estrés de la situación, la cualidad y calidad del estado emocional y las estrategias de afrontamiento que se pondrán en juego. Ambos procesos se dan simultáneamente y son interdependientes.

La evaluación cognitiva, se verá influenciada tanto por factores personales (motivos y metas y creencias, que determinan qué es importante para el bienestar en un momento dado) como por factores situacionales.

La dinámica del afrontamiento se muestra en el siguiente gráfico en el que se puede observar que es un proceso circular y dinámico expuesto a la posibilidad de cambio constante.

Lazarus y Folkman (1986) destacan algunos aspectos de su definición:

- Está orientada al proceso y se refiere a cada interacción persona-ambiente específica.
- El afrontamiento se entiende como contextual, determinado tanto por la persona y como por el ambiente.
- No hacen ninguna suposición a priori sobre lo que constituye un buen o mal afrontamiento, pues consideran que el tipo de afrontamiento es distinto de su resultado.
- Se distingue el afrontamiento de la conducta automática, ya que sólo se puede hablar de afrontamiento si hay estrés y cuando el sujeto ve desbordados sus recursos y es consciente de ello.

Funciones del afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986) :

- 1) Regular las emociones que desencadena la evaluación cognitiva de la situación. Este sería el afrontamiento enfocado o dirigido a las emociones. En este se utilizan

las siguientes estrategias cognitivas: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva, ver la parte positiva de las circunstancias. Dichas estrategias toman habitualmente la forma de reevaluaciones cognitivas defensivas. Las que no son estrictamente cognitivas son: conducta emocional (reír, llorar, etc.), comer, beber, buscar apoyo emocional, etc.; actuando como distractores.

- 2) Cambiar la relación persona-ambiente problemática. Sería el afrontamiento enfocado o dirigido al problema que consiste en estrategias de resolución de problemas (definir el problema, generar alternativas, sopesarlas en términos de costes-beneficios y ponerlas en práctica) que pueden operar sobre uno mismo (adquirir determinadas destrezas, disminuir el nivel de aspiraciones, etc.) o sobre el ambiente.

Muchas circunstancias estresantes desencadenan ambos tipos de respuestas de afrontamiento, aunque el afrontamiento dirigido al problema tiende a predominar cuando la persona siente que se puede hacer algo constructivo y el afrontamiento dirigido a la emoción tiende a predominar cuando la persona siente que el estresor es algo que no se puede cambiar (Folkman & Lazarus, 1980), que es lo que suele suceder con mayor frecuencia cuando las personas se enfrentan al cáncer (Folkman, 1984).

Estrategias de afrontamiento:

Lazarus y Folkman (1986) señalan varias estrategias de afrontamiento como fundamentales. Dichas estrategias serían:

- Confrontación: esfuerzos agresivos para cambiar la situación, conllevan hostilidad y asunción de riesgos.
- Distanciamiento: esfuerzos por alejarse del problema y por ignorarlo.
- Auto-control
- Búsqueda de apoyo social
- Aceptación de la responsabilidad
- Escape-avoidance: pensamiento desiderativo y esfuerzos conductuales dirigidos a escapar de la situación (comer, beber, dormir, etc.)

- Solución planificada de problemas: esfuerzos dirigidos al problema para alterar la situación junto con un acercamiento analítico para solucionar el problema.
- Reevaluación positiva. Esfuerzos por dar un significado positivo a la situación, enfocándola por ejemplo hacia el crecimiento personal. A veces puede tener un sentido religioso.

Las consecuencias del afrontamiento se centran en tres grandes áreas: la del funcionamiento social, la de la adaptación psicológica y la de la salud, que en conjunto constituyen la calidad de vida. Las consecuencias pueden ser diferentes a corto y a largo plazo (Lazarus y Folkman, 1986).

2.- CONDICIONANTES DEL AFRONTAMIENTO

El afrontamiento se ve influenciado por diversas variables como las condiciones de la propia situación estresante, las diferencias individuales (como en qué momento de la vida ocurre, factores de personalidad, etc.) y las interpretaciones culturales ante el fenómeno que se está experimentando (Rowland, 1989b).

2.1.- Condicionantes de la situación

Los factores situacionales también influyen en la evaluación cognitiva. Hay determinadas circunstancias que son considerados universalmente como estresantes (que para cualquier persona, exceden o agotan los recursos y amenazan su bienestar). Dichos factores tienen que ver con el grado de novedad, el nivel de incertidumbre sobre lo ocurrido, factores temporales (inminencia, duración, incertidumbre sobre el cuándo), grado de ambigüedad, momento del ciclo vital y presencia o ausencia de otros eventos estresantes en el mismo momento (Lazarus & Folkman, 1986).

El tipo de situación condicionará el tipo de respuesta en función de la intensidad del estresor o la duración del mismo entre otros factores (Lazarus & Folkman, 1986; Lipowski, 1969; Rowland, 1989b).

2.2.- Condicionantes individuales

La respuesta al estrés también estaría condicionada por factores propios de cada individuo. Las experiencias personales previas, las creencias, el sistema de valores y las estrategias de afrontamiento habituales afectan a cómo uno evalúa la experiencia estresante. La repercusión de la situación estresante tiene que ver con la medida en la que la situación se valora como tal y esto está a su vez condicionado por los factores personales señalados (Folkman, et. al, 1986; Lazarus & Folkman, 1986).

Cada persona tiene una serie de variables de personalidad que condicionan su manera de responder ante las situaciones estresantes de su vida (Lazarus, 1974).

Carver y colaboradores (1989) señalan que las diferentes respuestas de afrontamiento son beneficiosas para algunas personas en algunas situaciones mientras que las mismas pueden no serlo para otras personas en otras situaciones. Por ello es importante considerar los condicionantes individuales y situacionales de cada evento estresante.

Los motivos y metas determinan qué es importante para el sujeto en influyen en la evaluación cognitiva, modulando la sensibilidad ante señales del ambiente y condicionando el grado de vulnerabilidad del sujeto (según la importancia que dé a sus motivos o el valor de la meta que esté en juego) (Lazarus y Folkman, 1986).

Las creencias importantes son las relativas al control personal (a mayor control percibido, menor es la amenaza y viceversa) y las creencias existenciales (religiosas, filosóficas, etc.) (Lazarus y Folkman, 1986).

También influirían los recursos que una persona puede tener para afrontar una determinada situación, y son los siguientes: salud, creencias positivas, habilidades de solución de problemas, habilidades sociales, apoyo social, recursos materiales. Pero dichos recursos no siempre están disponibles e incluso puede haber restricciones al uso de los mismos que podrían ser personales (valores, creencias, impulsividad, miedo al fracaso, etc.), ambientales (presión social) o bien ser consecuencia de un alto nivel de amenaza percibida (Lazarus y Folkman, 1986).

Las diferencias individuales en cómo se afrontan las situaciones estresantes también pueden tener que ver con que puede haber estilos de afrontamiento habituales, que serían las estrategias que suele usar una persona para enfrentarse a las situaciones estresantes de su vida (Carver et al., 1989); aunque esta idea es controvertida ya que según Lazarus y Folkman (1986) el proceso de afrontamiento es algo dinámico que va cambiando según se va enfrentando cada uno a la situación estresante y por lo tanto no habría patrones estáticos de respuesta ante el estrés. Si hubiera un estilo único de afrontamiento, esto podría ser contraproducente porque quitaría libertad y flexibilidad a la persona para enfrentarse a los eventos estresantes que se le presenten (Carver et al, 1989).

A la hora de tener en cuenta las influencias de la personalidad de un sujeto en las estrategias de afrontamiento es importante diferenciar las respuestas disposicionales (o habituales ante el estrés) de las situacionales (ante una situación concreta; ante la que se reacciona en función del significado que se le atribuye) (Carver et al, 1989).

Es posible que las estrategias de afrontamiento que elige una persona deriven de ciertas características de su personalidad, pero en general los rasgos de la personalidad no parecen ser útiles para predecir de una manera exacta las estrategias de afrontamiento, ya que las correlaciones entre estrategias de afrontamiento y características de personalidad son débiles (Carver et al, 1989; Rowland, 1989b; Singer, 1983). Por otra parte, sí se ha visto que algunas variables de personalidad tienen que ver con las estrategias de afrontamiento que se usan habitualmente (disposicionales); aunque habría que tener en cuenta la influencia de otras variables distintas en las respuestas de afrontamiento disposicionales que no tuvieran que ver con la personalidad. También se ha señalado la posibilidad de que las variables de personalidad influyan en las respuestas de afrontamiento situacionales (Carver et al, 1989). Las variables de personalidad que podrían influir en el afrontamiento, según Carver y colaboradores (1989), se citan a continuación:

- 1) Optimismo y pesimismo: las personas optimistas tienen expectativas más positivas ante su futuro y usan estrategias de afrontamiento más activas; sin embargo los pesimistas al tener unas expectativas peores de futuro utilizan más estrategias centradas en el malestar emocional y en la evitación (Carver et al, 1989; Carver et al, 1993; Scheier et al., 1986).

- 2) Locus de control (Rotter, 1966): Influye en la percepción de control ante la situación de enfermedad y esto parece ser un factor importante en la manera de afrontar enfermedades físicas (Carver et al, 1989; Stone y Porter, 1995).
- 3) Autoestima: Las personas con más autoestima tienden a utilizar estrategias de afrontamiento más positivas y activas; las que tienen menos autoestima tienden a desatender sus metas bajo estrés (Carver et al., 1989).
- 4) Resistencia o resiliencia: parece ser que reduce los efectos del estrés, pues las personas con personalidad más resistente realizan un afrontamiento más activo (Carver et al, 1989).
- 5) Personalidad tipo A: prefieren un afrontamiento más activo e ignoran el malestar emocional (Carver et al., 1989).
- 6) Ansiedad rasgo (cf. Carver et al, 1989): el afrontamiento en estos casos no es activo y tienden a ignorar las metas con las que interfiere la situación estresante. Hay una asociación negativa entre ansiedad rasgo y reinterpretación positiva, resiliencia y optimismo (Carver et al, 1989).

Por último habría que tener en cuenta que elegir un tipo afrontamiento supone un coste para el sujeto, en el sentido de que implica un esfuerzo que se puede añadir al estrés que de por sí genera la enfermedad por lo que cada paciente ha de valorar el grado de esfuerzo que es capaz de hacer o no ante la situación, lo que también puede repercutir en la estrategia que se elige (Singer, 1984).

3.- DIFERENCIAS POR SEXOS

Se encuentran algunas diferencias significativas entre personas de diferentes sexos. Las mujeres suelen utilizar más estrategias de Centrarse en las emociones y desahogarse y de Buscar apoyo social. Los hombres utilizan más que las mujeres el alcohol y otras drogas como vía de afrontamiento (Carver et al, 1989). Crespo y Cruzado (1997) también encuentran

diferencias en función del sexo en la población española con el cuestionario COPE: 1) En las subescalas: Las mujeres puntúan más alto en Búsqueda de Apoyo Social, Centrarse en las Emociones y Desahogarse y Actividades Distractoras. Los hombres obtienen mayores puntuaciones en Humor. 2) En las escalas: Las mujeres usan más el Afrontamiento Centrado en las Emociones y el Escape Conductual. Los hombres usan más el Afrontamiento Cognitivo del Problema.

4.- EFICACIA DEL AFRONTAMIENTO

La eficacia del afrontamiento tiene que ver con el grado de consecución de las metas del afrontamiento (reducción del malestar emocional y solución del problema) (Lazarus & Folkman, 1986) o dicho de otra forma, con el grado en el que reduce la activación emocional a un nivel tolerable y ayuda a la adaptación a la situación (Caplan, 1981), o en función de su influencia en el impacto psíquico y físico de los diferentes eventos estresantes; es decir, un afrontamiento sería más eficaz si las repercusiones emocionales del evento estresante son menores (Stone et al., 1984). Por ejemplo, el uso de estrategias de evitación y la negación se ha asociado a mayores niveles de malestar psíquico, mientras que centrarse en aspectos positivos y buscar apoyo social con menores niveles de dicho malestar (Carver et al., 1993).

Para Taylor (1983) dicha eficacia tendría que ver con buscarle un sentido a la experiencia, con la capacidad de tener un mejor manejo del evento y sobre la propia vida en general y con la posibilidad de mantener o aumentar la autoestima.

Hamburg y Adams (1967) distinguen cinco metas del afrontamiento eficaz (que tienen que ver con las cinco áreas que se ven amenazadas por una enfermedad grave): 1) mantener el estrés dentro de límites manejables, 2) mantener la autoestima, 3) mantener o recuperar la relación con las personas significativas, 3) tener expectativas de la recuperación de las funciones corporales y actuar para conseguirlo, 4) adecuar el ego ideal a las expectativas sociales en función de las expectativas de la recuperación física. A estas cinco Rowland (1989b) añade dos más: 1) maximizar las habilidades individuales para responder a los requerimientos de la situación (como tratamientos) y 2) aprovechar las oportunidades disponibles.

Para Crespo y Cruzado (1998), los criterios para evaluar la eficacia del afrontamiento dependería del grado de solución objetiva del problema, de la percepción subjetiva de dicha solución, del grado de prevención de ulteriores complicaciones, el nivel de funcionamiento social a corto y largo plazo y del efecto sobre la salud del sujeto.

Por otro lado, habría que tener en cuenta cuáles son las metas de cada persona y en función de la consecución de las mismas se podría evaluar el éxito o fracaso de su afrontamiento (Rowland, 1989b).

5.- ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS Y NO ADAPTATIVAS

En general el concepto de afrontamiento se usa sin hacer distinción entre estrategias adaptativas o no adaptativas, pues la idea de lo que es el afrontamiento, en general, se separa de sus resultados (Crespo y Cruzado, 1998; Rowland, 1989b), no obstante, sí hay autores, según se señala a continuación, que señalan dicha distinción.

Carver y colaboradores (1993) establecen esta distinción y clasifican las estrategias en dos grupos, uno que incluiría las estrategias teóricamente no adaptativas o de tipo neurótico (Desconexión mental y conductual, Negación, Centrarse en las emociones y desahogarse) y otra en el que estarían las estrategias adaptativas (que serían las demás). Se ha encontrado una asociación negativa entre ambos grupos de estrategias (adaptativas y no adaptativas) en un estudio sobre el afrontamiento en pacientes con cáncer de mama (Carver et al., 1993).

Hay estrategias que pueden ser o no adaptativas en función de diferentes circunstancias. Por ejemplo la negación en general se considera como no adaptativa, pero si se da en los momentos iniciales tras el diagnóstico es una estrategia que puede resultar adaptativa (Hamburg & Adams, 1967; Lazarus y Folkman, 1986).

Dunkel-Schetter y colaboradores (1992) hallan que los estilos de afrontamiento más activos se relacionan con una mejor adaptación a la situación de padecer un cáncer que los estilos de afrontamiento caracterizados por la evitación.

Bayés (2006) diferencia las estrategias efectivas de afrontamiento de las no adaptativas en función de sus consecuencias positivas o negativas respectivamente, para el sujeto que las utiliza. Hamburg y Adams (1967) hacen una diferenciación similar al señalar las características de los pacientes que ante una enfermedad somática tienen una recuperación psíquica adecuada, siendo las estrategias de afrontamiento más adecuadas si mantienen el malestar psíquico dentro de límites manejables, mantienen la autoestima, mantienen las relaciones con personas significativas de una forma satisfactoria, llevan a la persona a acciones para recuperar su salud física e incrementan la probabilidad de mantener la sensación de tener una personalidad valorada y aceptada socialmente después de haberse recuperado físicamente.

6.- AFRONTAMIENTO Y SALUD MENTAL

La relación entre afrontamiento y salud mental está implícita en la propia definición de afrontamiento al ser una acción dirigida a manejar el estrés y reducir sus repercusiones en el individuo, como se ha señalado anteriormente. Si dicho estrés no se puede manejar adecuadamente con dichas estrategias sus efectos nocivos repercuten tanto física como psicológicamente en el individuo, pudiendo llegar a generar auténticos síndromes psiquiátricos.

En estrecha conexión con esta idea estaría lo mencionado anteriormente de que hay estrategias adaptativas y no adaptativas ante una situación que resulta estresante. Las no adaptativas son las que serían más ineficaces en manejar el estrés de la situación y podrían tener como consecuencia la aparición de diversas alteraciones psicopatológicas. En algunos estudios empíricos se ha hallado esta relación, como en el realizado por Carver y colaboradores (1993) con pacientes de cáncer de mama. En dicho estudio se encontró una relación positiva de mayor malestar psicológico con negación y evitación; así como entre menor malestar psicológico y aceptación y uso del humor. En otro estudio también se ha encontrado la relación entre el tipo de afrontamiento del cáncer y las repercusiones psicológicas de tener un cáncer de mama (Ferrero, Toledo y Barreto, 1995), habiendo más alteraciones psíquicas en las que pacientes que se enfrentaban a su enfermedad mediante “espíritu de lucha” o con “negación” que en las que se enfrentaban mediante “desamparo-desesperanza”, “fatalismo” y “preocupación ansiosa”. Dichas estrategias de afrontamiento se

midieron en el citado estudio con el MAC (Mental Adjustment to Cancer), que mide más bien adaptación a la enfermedad que afrontamiento.

Se ha encontrado también que un afrontamiento pasivo se relaciona con mayor malestar psíquico y con depresión y que un afrontamiento activo se relaciona inversamente con malestar psíquico en pacientes con dolor crónico (Snow-Turek, Norris y Tan, 1996).

Otros autores coinciden en que las estrategias de afrontamiento activo se asocian a menores niveles de ansiedad y depresión (Carver et al., 2000; Osowiecki & Compas, 1999). En situaciones que se perciban como incontrolables, las estrategias de afrontamiento que predominarán serán de tipo pasivo y centradas en las emociones, lo que estará relacionado con un estado anímico depresivo y ansioso (Skinner, 1996).

Las estrategias más evitativas también se han relacionado con ansiedad en un estudio con enfermos somáticos (entre los que había enfermos de cáncer) y con depresión (Arraras et al., 2002). También se han relacionado con peor estado psíquico en enfermos con melanoma maligno (Holland et al., 1999) o en otros enfermos con cáncer (Dunkel-Shetter y colaboradores, 1992). En otro estudio (Koenig, Pargament y Nielsen, 1998) con enfermos somáticos se encontró que los que usaban estrategias como la desconexión emocional, desahogo emocional y uso de alcohol y drogas había más síntomas depresivos.

7.- EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO

Actualmente hay pocos instrumentos para la evaluación del afrontamiento y los que hay no cuentan con una investigación sólida que los respalde, a pesar de la importancia que se ha dado al afrontamiento dentro del estudio del estrés. Además, aunque en la mayoría se consideran el estrés y el afrontamiento como procesos, utilizan en sus mediciones enfoques más cercanos a las medidas de rasgo, en las que se evalúa sobre todo el estilo habitual del afrontamiento de cada persona (Crespo y Cruzado, 1997).

Ninguna de las pruebas disponibles está exenta de problemas de diversa índole (metodológica, conceptual, psicométrica, práctica, etc.), lo que suscita dudas sobre lo que se está midiendo en realidad con estos cuestionarios. Esto pone de manifiesto la necesidad de

elaborar cuestionarios que permitan subsanar las deficiencias encontradas (Crespo y Cruzado, 1997).

A continuación señalamos los datos referentes a dos instrumentos que se utilizan para evaluar el afrontamiento en base al modelo teórico de Lazarus y Folkman:

7.1.- Inventario de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping Inventory, WOC) (Folkman y Lazarus, 1980)

Es el cuestionario más conocido y utilizado. En éste se pregunta a los sujetos acerca de sus pensamientos y conductas para hacer frente a una situación estresante determinada. Ha sufrido diversas modificaciones desde su elaboración original. Consta de dos escalas: 1) Estrategias centradas en la resolución del problema y 2) Estrategias centradas en regular el malestar emocional ante la situación y tiene ocho dimensiones (Folkman et al., 1986): 1) Confrontación, 2) Distanciamiento, 3) Autocontrol, 4) Búsqueda de apoyo social, 5) Aceptación de responsabilidad, 6) Escape-evitación, 7) Planificación de solución de problemas, 8) Reevaluación positiva.

La consistencia interna de las escalas oscila entre 0.61 y 0.79.

El WOC puede ser cuestionado por varias razones (Stone y Porter, 1995; Crespo y Cruzado, 1997):

- 1) Su metodología es análoga en muchos aspectos a la utilizada en la construcción de cuestionarios de rasgos de personalidad (a pesar de pretender medir aspectos situacionales).
- 2) Cada estrategia puede ser ubicada en más de una subescala en función de cómo la aplicó el sujeto.
- 3) No recoge la secuencia de aplicación de las diferentes estrategias, ni su importancia.
- 4) Algunos ítems son inaplicables a una situación en cuestión.
- 5) Hasta la fecha no hay un procedimiento estandarizado de puntuación del WOC, habiendo recurrido los distintos autores que la han utilizado a los resultados de las

factorizaciones o a la diferenciación entre ítems de afrontamiento centrado en el problema vs. emociones.

Para Carver y colaboradores (1989) el WOC tiene los siguientes problemas:

- 1) No mide todos los aspectos que contemplan los modelos teóricos del afrontamiento.
- 2) Las escalas parecen ser poco claras e incluso ambiguas a la hora de delimitar algunos temas.
- 3) No se refleja en el mismo un suficiente conexión entre aspectos teóricos y estudios empíricos sobre el afrontamiento.

7.2.- COPE (Carver et al, 1989)

Se ha desarrollado posteriormente al WOC como alternativa al mismo, con la intención de lograr una mayor precisión en la formulación de los ítems y ampliar el número de áreas a evaluar (incluyendo algunas que los autores consideran de interés teórico) (Crespo y Cruzado, 1997). Es el que se usa en el presente trabajo para evaluar el afrontamiento.

Los ítems y las escalas se basan en modelos teóricos como el modelo de estrés Lazarus y Folkman (1986) y en el modelo de auto-regulación conductual de Carver y Scheier (Carver et al., 1989), y además se basan en datos empíricos (Carver et al., 1989).

El COPE se ha utilizado en varios estudios con enfermos oncológicos (Carver et al., 1993; Crespo y Cruzado, 1998; Schnoll, Knowles y Harlow, 2002).

Consta de una estructura multidimensional que permite la obtención de puntuaciones referentes a seis modos básicos de afrontamiento (cada uno con sus correspondientes escalas, que son 15 en total), los cuales permiten, a su vez, establecer patrones o estilos complejos de afrontamiento. Los cinco modos básicos de afrontamiento en esta escala son (Carver et al, 1989; Crespo y Cruzado, 1997):

7.2.1.- Afrontamiento conductual del problema

Consiste en acciones constructivas encaminadas a alterar la fuente de estrés y centradas en la solución de la situación, la planificación de la acción o la puesta en marcha de acciones para eliminar o superar la situación estresante, o sacar provecho de misma. Consistirían en las siguientes estrategias de afrontamiento:

- Crecimiento personal: Consiste en tratar de desarrollarse como persona o aprender algo de lo que está pasando.

- Abandono de los esfuerzos de afrontamiento Consiste en renunciar a cualquier esfuerzo o abandonar cualquier tentativa de alcanzar los objetivos con los que interfiere la situación estresante.

- Planificación y afrontamiento activo: Tiene que ver con llevar a cabo acciones, hacer esfuerzos para eliminar, evitar o aminorar los efectos de la situación estresante. También puede desarrollarse pensando en cómo se va a hacer frente a lo que está pasando y planificando los esfuerzos de afrontamiento activo que se van a realizar.

7.2.2.- Afrontamiento cognitivo del problema

Consiste en elaborar cognitivamente la situación para conseguir manejarla adecuadamente, sin llevar a cabo ninguna conducta. Las estrategias utilizadas serían las siguientes:

- Aceptación: Consiste en aceptar que el suceso ha ocurrido y es real. Se acepta que es una respuesta de afrontamiento adaptativa que permite enfrentarse con la situación real. Normalmente ocurre en la evaluación primaria, aunque la aceptación de que no hay posibilidad de desarrollar estrategias de afrontamiento activas puede ocurrir en la evaluación secundaria. Es especialmente importante en situaciones en las que las circunstancias no se pueden modificar.

- Humor: Tiene que ver con hacer bromas sobre lo que está pasando o reírse de la situación.

- Reinterpretación positiva: Consiste en sacar lo mejor de la situación intentando ver los aspectos positivos y lo que uno puede hacer para manejarla mejor. Lazarus y Folkman (1986) consideraron esta estrategia como un tipo de afrontamiento focalizado en las emociones más que para enfrentarse a la situación estresante. Pero para Carver y colaboradores (1989), esta estrategia no está limitada exclusivamente a la reducción del malestar ya que reconstruye la situación estresante en términos más positivos, lo que puede permitir desarrollar posteriormente estrategias de afrontamiento dirigidas al problema.

- Refrenar el afrontamiento: Tiene que ver con afrontar la situación pasivamente, posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento.

7.2.3.- Escape cognitivo

Consiste en suprimir la atención de la situación estresante dirigiéndola a pensamientos alternativos. Las estrategias utilizadas serían las siguientes:

- Negación: Se intenta rechazar la realidad del suceso, actuando como si no hubiera sucedido o pensando que no ha pasado realmente. Se considera que puede ser útil en las fases más tempranas de la situación estresante, pero posteriormente impide un afrontamiento adecuado. Normalmente ocurre en la evaluación primaria.

- Religión: Consiste en aumentar la implicación en actividades religiosas o buscar el apoyo de Dios. Puede ser muy importante para algunas personas. Puede servir como una fuente de soporte emocional o como un vehículo para la reinterpretación positiva y el crecimiento personal, como una táctica de afrontamiento activo del estresor o en el peor de los casos, como un mecanismo que evite enfrentarse de otra forma a la situación.

- Conductas de evasión: Desconectarse psicológicamente de la realidad que se está viviendo mediante ensoñaciones, sueño o evitando esfuerzos para resolver el problema.

7.2.4.- Afrontamiento centrado en las emociones

Consiste en tendencia a centrarse en el malestar experimentado ante la situación y en la comunicación de esas emociones y de la propia situación a otra persona. Las estrategias utilizadas serían las siguientes:

- Centrarse en las emociones y desahogarse: Se produce un incremento de la atención hacia el propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.

- Búsqueda de apoyo social: Consiste en buscar la ayuda de otros, pedir información o consejo acerca de qué hacer o bien obtener la simpatía o el apoyo emocional de alguien. Para Carver y colaboradores (1989) este afrontamiento es un arma de doble filo porque en algunos casos puede ser un comportamiento adaptativo y en otros no serlo (si se centra por ejemplo, en desahogarse emocionalmente y en nada más, lo que puede distraer a la persona de la posibilidad de realizar un afrontamiento más activo).

7.2.5.- Escape conductual

Consiste en diversas conductas de escape que no tienen relación con la situación o en todo lo contrario, es decir, implicarse mucho en solucionar lo que está pasando. Las estrategias utilizadas serían las siguientes:

- Actividades distractoras: Realizar actividades que no tienen que ver con la situación estresante para no pensar en ella. En general es un afrontamiento poco adaptativo según Carver y colaboradores (1989).

- Concentrarse en esfuerzos para solucionar la situación: Centrar los esfuerzos en resolver lo que está pasando, dejando otras cosas de lado si es necesario.

7.2.6.- Consumo de alcohol o drogas

Consiste en tomar alcohol u otras sustancias psicoactivas para hacer frente a la situación estresante. Se añade a los cinco previos después de la investigación empírica como dimensión diferenciada pues no parece corresponderse o relacionarse claramente con ninguno de las estrategias referidas anteriormente.

El único tipo de respuesta no reflejada en el cuestionario sería la pasividad o la inhibición de la respuesta, que implica no hacer nada sino sufrir la situación estresante (Carver et al., 1989).

7.3.- Ventajas del COPE

Una de las peculiaridades de este cuestionario es que puede ser aplicado en versiones tanto disposicional (qué es lo que se hace habitualmente ante el estrés) como situacional (qué es lo que se hace en una situación concreta), recurriendo en cada caso a una variación de las instrucciones a la hora de rellenarlo.

Las ventajas que ofrece sobre el WOC son (Crespo y Cruzado, 1997):

- Una mayor precisión en la elaboración de los ítems
- Abarcar áreas de afrontamiento que pueden resultar de interés y no aparecen en el WOC.
- Proporcionar dos versiones (situacional y disposicional).

7.4.- Inconvenientes del COPE

No mide estrategias de afrontamiento como la búsqueda de información, valoración de la culpa, comparación social, pasividad o pensamiento desiderativo (Carver et al., 1989) y además no se han hecho muchos estudios empíricos con este instrumento (Crespo y Cruzado, 1997).

8.- AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER

8.1.- Introducción

Enfrentarse a la situación de padecer un cáncer supone tener que manejar un gran número de circunstancias que resultan muy estresantes. Las reacciones ante dicha situación varían en función del tipo de cáncer (localización, gravedad, síntomas, tipo de tratamiento, etc.), de las circunstancias de cada persona, de sus experiencias previas de enfermedad, de su situación actual y de su personalidad. El proceso de adaptación es dinámico y va cambiando en función de la fase del diagnóstico y de la enfermedad en la que se halle el paciente, quien tendrá que irse enfrentando a una serie de situaciones estresantes diferentes a lo largo del desarrollo de la enfermedad (Ferrero, 1993).

Es muy importante tener en cuenta, en el proceso de afrontamiento del cáncer, las atribuciones o las valoraciones que el paciente hace de su situación o el grado de amenaza percibida, en lo que influirán de una manera importante, aparte de sus rasgos de personalidad y experiencias previas con el cáncer, los aspectos culturales, las connotaciones y el significado que se confiere al cáncer. (Bayés, 1991; Crespo y Cruzado, 1998; Ferrero, 1993; Stone y Porter, 1995).

Silberfarb (1982) señala que en el caso de una enfermedad como el cáncer el afrontamiento estaría centrado en los aspectos más estresantes de la enfermedad o en los momentos más críticos de la misma. Durante el transcurso de la enfermedad, cuando dura un tiempo prolongado sería más adecuado hablar de adaptación a la enfermedad y no de

afrontamiento puesto que no todos los momentos o condiciones de la enfermedad son igualmente estresantes según este autor.

Para Bayés (1991), las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por estos enfermos serían:

- 1) Buscar información: sobre la enfermedad y tratamientos. Parece ayudar a combatir la incertidumbre.
- 2) Buscar apoyo y confortación: ayuda a combatir sentimientos negativos y aumentar la sensación de control sobre la situación.
- 3) Atribución: consiste atribuir causas concretas a lo que sucede. Sirve para disminuir la incertidumbre y aumentar la sensación de control.
- 4) Acción impulsiva: se expresa por medio de ira, desconsuelo u otras expresiones emocionales de sufrimiento.
- 5) Evitar confrontaciones: consiste en una actitud pasiva y distante ante lo que sucede, evitando reflexionar sobre ello o a implicarse en los problemas que plantea. Sirve para evitar sentimientos negativos y proteger la autoestima.
- 6) Afrontamiento activo: supone una actitud activa de búsqueda de soluciones a los problemas desde una perspectiva racional. También contribuye a mantener la sensación de que la situación está bajo control.

8.2.- Condicionantes del afrontamiento del cáncer

8.2.1.- Condicionantes de la situación

En el caso del cáncer dependerán, aparte del mismo diagnóstico, de variables relacionadas con la enfermedad (como su localización, estadio, gravedad, pronóstico, tratamiento, etc.) (Lipowski, 1969; Rowland, 1989b). En general, el cáncer se vive como una amenaza para la vida que requiere que la persona desarrolle actividades de tipo cognitivo y conductual que preserven su integridad física y psíquica (Rowland, 1989b).

El padecer un cáncer es una situación, que por el elevado nivel de estrés que genera puede movilizar estrategias de afrontamiento más primitivas, rígidas, egocéntricas y menos

realistas, tal y como plantean Lazarus y Folkman (1986) para las situaciones percibidas como de mayor estrés.

8.2.2.- Condicionantes individuales

Las personas, cuando se enfrentan a una enfermedad, llevan consigo una personalidad, unos estilos de afrontamiento del estrés y un cierto tipo de mecanismos de defensa (Rowland, 1989b). Las variables de personalidad influyen de una manera importante en las atribuciones o el significado subjetivo de la situación (Lipowski, 1969) que tiene una estrecha relación con la evaluación cognitiva de la misma y por lo tanto con su afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986). Por ejemplo, su adaptación será más difícil si asocia su enfermedad a la muerte de una manera irrevocable. Esto a su vez implica en sus reacciones a su sistema de creencias en torno a la muerte, aparte de lo que supone la conciencia de la limitación de sus posibilidades de desarrollar planes futuros (Bayés, 1991; Ferrero, 1993). Por lo tanto, la percepción individual de la situación y el significado subjetivo atribuido a la misma influye de una forma significativa en la elección de una estrategia de afrontamiento particular (Rowland, 1989b). A pesar de todos los aspectos negativos de la situación, es posible que se perciba lo que se está viviendo como un reto en el que la enfermedad es un enemigo con el que se debe luchar (Rowland, 1989b) o incluso en ocasiones puede suponer una oportunidad de descubrir aspectos positivos de la vida (Taylor, 1983).

También influye el momento de la vida en el que se produce el diagnóstico, pues no es igual en una persona joven con más proyectos de futuro que en alguien que está en una edad avanzada; aparte de que los recursos de personas más jóvenes pueden ser más limitados por su inexperiencia para enfrentarse a diversas situaciones estresantes de la vida (Rowland, 1989b).

Otro factor importante tiene que ver con las experiencias previas de uno mismo o de personas cercanas con el cáncer y de cómo se hayan valorado dichas experiencias, de su impacto emocional y del resultado final de dicha situación (si ha desembocado en muerte, remisión, síntomas invalidantes, etc.). Esas experiencias previas puede llevar a las personas a pensar que les va a suceder lo que ya conocen (Rowland, 1989b).

Las creencias religiosas también influyen en el afrontamiento, aunque la relación no está muy clara. Algunos pacientes han referido que dichas creencias les reportan mayores niveles de bienestar (Rowland, 1989b) e incluso menores niveles de dolor en pacientes con cáncer avanzado (Yates et al., 1981). Dichos niveles mayores de bienestar se han relacionado con el apoyo social que aporta la pertenencia a una comunidad religiosa (Yates et al., 1981).

La percepción de control es otro factor a tener en cuenta, pues se ha hallado que los individuos que tienen un Locus interno de control usan con más frecuencia estrategias dirigidas a la resolución de problemas (Rowland, 1989b).

8.2.3.- Condicionantes socioculturales

Como se ha explicado previamente, hay una serie de visiones culturales de lo que significa un cáncer que influyen en el significado subjetivo de la enfermedad y por lo tanto tienen un impacto directo en las estrategias de afrontamiento utilizadas (Lipowski, 1969, Rowland, 1989b; Sontag, 1996). Dichas visiones culturales del cáncer no solamente influirían en cómo se enfrenta el paciente al cáncer sino incluso en las mismas actitudes del personal sanitario y por lo tanto en su manera de tratar a los pacientes (Rowland, 1989b).

Estarían por otra parte el tipo de redes asistenciales existentes, tanto sanitarias como de apoyo social. El apoyo social también resulta fundamental en el afrontamiento pues repercute de forma directa en la reacción ante el mismo y su significado; la búsqueda del mismo puede ser una estrategia de afrontamiento, que puede repercutir directamente en el estado psíquico y puede modificar la autoestima del paciente en función de la respuesta de los otros ante su situación (Rowland, 1989b).

8.3.- Estrategias de afrontamiento ante el cáncer adaptativas y no adaptativas

Lipowski (1969, 1970) es el primero en establecer la distinción entre estrategias más o menos adaptativas ante las enfermedades, de forma parecida a Weisman (1979) que diferencia entre buen y mal afrontamiento del cáncer o Morey y Greer (1989) que lo diferencian en función de sus consecuencias emocionales (también en enfermos de cáncer). Las estrategias

vinculadas a un afrontamiento más adaptativo serían la que se asociaran a la percepción de la enfermedad como un reto o como un valor. Los tipos de afrontamiento no adaptativos son los que tienen que ver con percibir la enfermedad como una liberación, estrategia y pérdida o daño irreparable. El resto parecen estar en un rango intermedio (Lipowski, 1970).

Rowland (1989b) señala que habría que considerar las condiciones particulares de cada persona en cada situación, para saber si están siendo estrategias o no adaptativas, pues por ejemplo, una actitud de negación de algunos aspectos de la situación en una etapa inicial del diagnóstico puede ser adaptativa y no serlo posteriormente, sobre todo si interfiere con los tratamientos.

Weisman y Worden (1976-1977) han hallado que hay una serie de estrategias que se relacionan con el alivio emocional (confrontación, reinterpretación positiva y búsqueda de alguna dirección) y otras que son menos efectivas en aliviar el malestar provocado por la enfermedad (supresión o evitación y aceptación estoica).

El afrontamiento podría ser adaptativo o no adaptativo en función de su adecuación a la edad y a la situación del paciente y por la medida en que se logre el máximo posible de recuperación funcional y de compensación psicológica (Ferrero, 1993).

Feifel, Strack y Nagy (1987) han encontrado que las estrategias en las que hay confrontación se asocian con menos sensación de coacción que las que se caracterizan por la evitación o la aceptación-resignación. Behem y Rodrigue (1994) obtienen resultados similares al encontrar relación entre malestar emocional y las estrategias en las que hay evitación y aceptación-resignación.

Por otro lado, en los enfermos oncológicos se ha hallado que el afrontamiento centrado en la resolución de problemas es más favorable que el centrado en las emociones (Voogt, 2005; Brennan, 2001) y que además se asocia a menor malestar psicológico (Oswiecki & Compas, 1998).

Van't Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden (1997) encuentran, en su trabajo de revisión sobre secuelas psicológicas del diagnóstico de un cáncer, que los estilos de afrontamiento relacionados con la confrontación, el optimismo o un espíritu de lucha se asociaban con una

mejor adaptación al cáncer; los estilos de afrontamiento relacionados con una aceptación pasiva, sensación de desamparo, preocupación ansiosa, negación, evitación, valorar el cáncer como una amenaza, sentimientos de pérdida de control, el preguntarse “¿por qué a mí?”, o el fatalismo se asociaban con mayor malestar psicológico en estos enfermos.

Dunkel-Shetter y colaboradores (1992) encontraron en enfermos de cáncer que las estrategias afrontamiento mediante búsqueda de apoyo social, centrarse en los aspectos positivos y distanciamiento se asociaban a menor malestar psicológico que las que tenían que ver con evitación conductual. Por lo tanto, las primeras se podrían considerar adaptativas y las últimas no adaptativas.

Los pacientes que utilizan las estrategias de afrontamiento más eficaces (y por lo tanto con menor repercusión psicológica negativa) muestran una mayor variedad de respuestas, tienden a clarificar y redefinir los problemas y suelen adoptar una postura más activa ante el cáncer (Weisman, 1976, Weisman y Worden, 1977).

En enfermos de cáncer de pulmón, se ha hallado relación significativa entre estrategias de afrontamiento relacionadas con impotencia y desesperanza con mayor malestar psicológico (Akechi et al., 1998) y por lo tanto, serían estrategias de afrontamiento menos adaptativas.

9.- MODELOS TEÓRICOS DEL AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER

Respecto al afrontamiento del cáncer, hay distintos modelos teóricos que explican como se produce dicho proceso de afrontamiento. Estos modelos se explican a continuación.

9.1.- Modelo de Lipowski

El modelo de este autor se refiere a la enfermedad en general, dentro de las que el cáncer supondría unas demandas especiales que ponen a prueba la capacidad de afrontamiento de los enfermos (Lipowski, 1969, 1970). La definición de afrontamiento de Lipowski referida

anteriormente, engloba las dos dimensiones del afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman (1986): dirigidas al problema y a la emoción.

El modo en el que una persona afronta su enfermedad está en función de varias variables:

- 1) Factores derivados de la enfermedad: factores médicos y significados culturales y personales de la enfermedad.
- 2) Factores ambientales de tipo social (especialmente la calidad de las relaciones sociales) y físicos
- 3) Factores intrapersonales (edad, creencias, valores, habilidades personales e inteligencia). Contribuyen al determinar el *significado subjetivo* que el sujeto atribuye a la enfermedad lo que influye en las estrategias de afrontamiento que utiliza. Según Ferrero (1993) este significado subjetivo es similar a la *evaluación cognitiva primaria* de Lazarus y Folkman (1986).

Lipowski (1970) diferencia entre estrategias y estilos de afrontamiento:

- 1) Las estrategias serían conductas, actividades cognitivas o percepciones específicas muy variadas que se pueden definir en función del significado subjetivo de la enfermedad que se está viviendo. Para este autor, la función del afrontamiento estaría en función de los objetivos de una determinada estrategia de afrontamiento.
- 2) Los estilos de afrontamiento tendrían perdurabilidad intraindividual y podrían ser cognitivos e irían de “minimización” a “vigilancia”; o conductuales y podrían ser mediante: “aproximación” (adoptar una actitud activa), “capitulación” (tendencia a la pasividad, a rechazar a los demás o depender respecto a ellos) o “evitación” (actuar como si se estuviera sano).

Como ya se ha señalado, el *significado subjetivo* de la enfermedad estará relacionado directamente, según Lipowski (1969, 1970), con las estrategias de afrontamiento que se

desarrollan ante la misma. Los diferentes significados que puede tener la enfermedad, según Lipowski (1969, 1970), para el paciente son:

- 1) Reto: genera estrategias de afrontamiento activas y adaptativas, flexibles y racionales como buscar ayuda médica, buscar información, etc.
- 2) Amenaza: genera reacciones de querer vencer a la enfermedad y provoca sentimientos de ansiedad, miedo y/o ira que llevan al paciente a seguir luchando o a rendirse según evalúe su capacidad para resistir la situación (evaluación secundaria). Las estrategias de afrontamiento son para defenderse del supuesto ataque. Puede haber negación y proyección o sensación de desamparo que le lleve a rendirse; en el otro extremo puede haber una hostilidad flotante que puede llegar a adoptar un tinte paranoide. También puede caer en conductas compulsivas de huída, como el consumo de alcohol, trabajo o actividad sexual compulsivos.
- 3) Castigo: que puede percibirse como justo o injusto y conducir o no a la redención o expiación. Si lo percibe como injusto pueden aparecer sentimientos depresivos y de agravio. Si se considera justo se puede vivir con aceptación pasiva que puede relacionarse con un cambio personal positivo y optimismo.
- 4) Debilidad: percibe su enfermedad como un fallo y como un signo de pérdida de control personal con implicaciones éticas negativas y sentimientos de culpa. Las estrategias que puede seguir son de escape como negación u ocultación, o bien comportamiento modélico para recuperarse pronto.
- 5) Liberación: de obligaciones o responsabilidades. Puede adoptar estrategias de fingimiento, conversivas, quejas hipocondríacas o uso excesivo de los recursos médicos para obtener ganancias secundarias. Se pueden llegar a producir alteraciones emocionales cuando el paciente se cura.
- 6) Estrategia: para obtener atención y apoyo de los demás. Las estrategias que se usan están relacionadas con las del apartado anterior.

- 7) Pérdida o daño irreparable: que le puede conducir a la depresión, a la hostilidad y a la resistencia a colaborar con los tratamientos. En casos extremos le puede llevar al suicidio. Es importante, a la hora de considerar el impacto de la pérdida, tener en cuenta el valor que el paciente le confería a lo que ha perdido.
- 8) Valor: consiste en percibir la enfermedad como algo que puede ayudar a desarrollar la personalidad y al crecimiento personal. Para Lipowski es un modo superior de evaluar y afrontar la enfermedad que resulta muy raro en la actualidad. Las estrategias que se usan serían el reordenamiento de metas y valores y la utilización de la experiencia para el propio desarrollo.

9.2.- Modelo de Weissman

Trata de perfilar un modelo que muestre cual es el buen afrontamiento del cáncer (Ferrero, 1993).

Define afrontamiento como lo que uno hace en relación con un problema para obtener alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio (Weissman, 1979). Consta de tres elementos:

- 1) Reconocimiento del problema respecto al que se busca alivio, solución o se deja en suspenso.
- 2) Lo que uno hace o no con el problema es el afrontamiento.
- 3) Hay unas consecuencias inmediatas del afrontamiento que no siempre tienen relación con la situación a largo plazo.

Entiende el afrontamiento como un proceso (y no como un conjunto de acciones aisladas) y combina percepción, ejecución, evaluación y corrección de la ejecución, seguidas de actividad adicional y conducta dirigida a la meta.

Además diferencia afrontamiento de la defensa, que tendría la función de suprimir la disforia y desvía el problema y lo convierte en un no-problema cuando sí lo es y supondría

una pauta repetida rígidamente (con independencia del problema); mientras que el afrontamiento sería un esfuerzo estratégico por dominar un problema o salvar un obstáculo.

Para Weissman (1979) las estrategias de afrontamiento más comunes en pacientes oncológicos son:

- 1) Averiguación racional.
- 2) Mutualidad (tiene que ver con compartir la preocupación o en buscar consuelo en otros).
- 3) Inversión del afecto (como tomárselo a risa).
- 4) Supresión (tratar de olvidarlo o quitárselo de la cabeza).
- 5) Desplazamiento (tiene que ver con distraerse con algo).
- 6) Confrontación (tomando una línea firme de acción).
- 7) Redefinición (aceptándolo pero atendiendo a los aspectos positivos).
- 8) Fatalismo.
- 9) Hacer algo perjudicial. Comprende dos categorías: impulsividad (actos temerarios) y amenazas vitales (drogas, ponerse en peligro).
- 10) Revisar alternativas y examinar las consecuencias.
- 11) Retirada.
- 12) Obediencia cooperativa (hacer lo que se espera de uno).
- 13) Proyección o culpar a alguien o a algo.
- 14) Autoinculpación o expiación (también llamada “masoquismo moral”).

Según Weissman (1979), el modo en que un paciente afronta la enfermedad maligna es un reflejo del modo en que afrontaba otros eventos anteriores de enfermedad y si hay variaciones se explicarán por el contexto. También señala que la calidad de vida del paciente oncológico dependerá en parte de hasta que punto ha afrontado adecuadamente la enfermedad.

Weissman (1979) también señala cuáles serían los requisitos para un buen afrontamiento:

- Mantener la esperanza, sin engañarse a uno mismo.
- Evitar la evitación (no usar la negación).

- Enfrentarse a la realidad y llevar a cabo las acciones adecuadas.
- Atender a las soluciones, o redefinir el problema en términos solucionables.
- Considerar siempre alternativas.
- Mantener la comunicación abierta con las personas cercanas.
- Buscar la ayuda constructiva, incluidos los tratamientos médicos.
- Aceptar el apoyo que se ofrezca; ser asertivo si es necesario.
- Mantener alta la moral mediante la confianza en uno mismo o en los recursos disponibles.
- Tener en cuenta que el autoconcepto es tan importante como la reducción de los síntomas.

La diferencia entre los enfermos que afrontan bien y los que no, tendría que ver con las diferencias en flexibilidad-rigidez, optimismo-pesimismo y recursos personales.

Otro concepto importante en el modelo de Weissman (1979) es el de vulnerabilidad, que está inversamente relacionada con el afrontamiento efectivo. Una mayor vulnerabilidad supondría una situación en el que no dispone de recursos e implicaría diferentes grados de malestar psíquico. Conllevaría un mal afrontamiento con dos significados posibles (humor negativo o disforia y tendencia o disposición a conducirse de un modo congruente con el humor negativo y esfuerzo por transformarlo en señales externas de malestar). Esta vulnerabilidad puede adoptar multitud de formas que pueden englobarse en cuatro categorías generales: aniquilación (reflejaría baja autoestima), alienación (por bajo apoyo social), negación (se considera vulnerabilidad, si dura demasiado tiempo) y sentirse en peligro (se refleja como frustración, agitación y hostilidad). A estos cuatro elementos de la vulnerabilidad constituirían lo que Weissman (1979) llama el “apuro existencial” que tiene que ver con incertidumbre y desamparo que llevaría a la depresión y a la sensación de impotencia por numerosas preocupaciones por la vida y la muerte.

9.3.- Modelo de Ray, Lindop y Gibson

Para estos autores, el afrontamiento es cualquier acción dirigida a la solución o mitigación de una situación problemática (Ray, Lindop y Gibson, 1982).

Consideraron que el afrontamiento de los eventos vitales estresantes era un “esquema” aplicable a cualquier contexto. Desarrollaron su estudio en pacientes prequirúrgicos y en enfermas de cáncer de mama.

Aunque inicialmente se basan en el modelo de Lazarus y Folkman, añaden algunos matices:

- 1) Consideran que la evaluación secundaria está comprendida en la primaria pues la percepción de control es un elemento de primer orden a la hora de determinar si una situación es evaluada como amenazante, una pérdida o un reto. Además, la evaluación primaria condiciona qué estrategias de afrontamiento pueden ser utilizadas. Por ello consideran que no tiene sentido abordar de forma separada los dos tipos de evaluación cognitiva, si no que sería más útil atender exclusivamente a la evaluación primaria.
- 2) Plantean que toda evaluación cognitiva es afrontamiento, ya que como el sujeto siempre parte de una situación anterior, toda evaluación es reevaluación en la que siempre hay sesgos personales.

Desarrollan un esquema de clasificación de las estrategias de afrontamiento en función de la “orientación o disposición general del individuo hacia la situación” (Ray, Lindop y Gibson, 1982, p.390) a la que llaman “tema” de afrontamiento. Proponen seis “temas” de afrontamiento que incluyen estrategias que pueden ordenarse sobre dos dimensiones: su carácter defensivo (como opuesto al aproximativo o de reconocimiento de la amenaza) y el grado interno de control que implican (como opuesto al desamparo):

- 1) Rechazo: El paciente se ve como víctima de un hecho injusto ante el que se rebela. Puede ir de la “resistencia” (menor reconocimiento de la amenaza y mayor sensación de control) a la “agresión” (alto reconocimiento de la amenaza y menor sensación de control).
- 2) Control: El sujeto ve la situación como un reto y define el problema y los medios para resolverlo. Va de la “vigilancia” (bajo reconocimiento de la amenaza y mayor

sensación de control) a la “manipulación” (alto reconocimiento de la amenaza y menor grado de control).

- 3) Resignación: El paciente se ve a sí mismo carente de poder dejando lo que suceda en manos del destino. Va del “cese” (alto reconocimiento de la amenaza y poca sensación de control) a la “aceptación” (bajo reconocimiento de la amenaza y mucha sensación de control).
- 4) Minimización: No reconoce el peligro real de la situación, se ve seguro y considera la acción como no amenazante. desde la “racionalización” (alto reconocimiento de la amenaza y alta sensación de control) a la “negación” (bajo reconocimiento de y poca sensación de control.).
- 5) Evitación: Se siente bajo amenaza, pero pospone la confrontación, evitando situaciones y pensamientos ansiógenos que tienen que ver con su situación de enfermedad. Puede ser de tipo “selectivo” (alto reconocimiento de la amenaza y alta sensación de control) o “general” (bajo reconocimiento de la amenaza y poca sensación de control).
- 6) Dependencia: Siente desamparo, pero delega el control de la situación en otros. Desde la “confianza” (alto reconocimiento de la amenaza y gran sensación de control) a la “sumisión” (bajo reconocimiento de la amenaza y poca sensación de control).

Desde la perspectiva de estos autores, un sujeto puede afrontar un evento sobre más de uno de estos temas o variar de uno a otro con el tiempo.

9.4.- Modelo de Taylor

Sería un modelo teórico sobre la adaptación cognitiva al cáncer que se basa en la investigación con pacientes con cáncer de mama (Taylor, 1983; Taylor, Lichtman y Wood, 1984).

Los trabajos de Taylor (1983, 1984, 1996) se han centrado en los aspectos positivos de la victimización. Desde su perspectiva los esfuerzos para resolver la situación se apoyan en la habilidad del sujeto para formar y mantener conjuntos de ilusiones o creencias que le resultan válidos y que no tienen por qué coincidir con la realidad, pero que le permiten mantener una sensación de control, una mayor autoestima y esperanza. De dichas ilusiones depende el funcionamiento mental adaptativo ante amenazas presentes y ante las que podrían esperarse en el futuro. Dichas ilusiones se basarían en cogniciones específicas que podrían cambiar sus significados de unas situaciones a otras. Según Merluzzi y Martínez (1997) estas ilusiones podrían suponer un infravaloración o minimización de las dificultades reales, pero podrían promover un espíritu de lucha y una actitud más resiliente ante la situación.

Para esta autora (Taylor, 1983) los esfuerzos de readaptación giran en torno a tres procesos:

- 1) Búsqueda de significado: Tendría que ver con un esfuerzo por comprender lo que ha sucedido: por qué ha pasado y cuál es su impacto (Taylor, 1983). Habría dos vías fundamentales para buscar significados (Taylor, 1983 y 1984):
 - Búsqueda de atribuciones causales: Consiste en buscar el por qué de lo que ha sucedido. No importa el tipo de la atribución, sino el hecho de encontrar una explicación a lo sucedido. Esta búsqueda de atribuciones causales parece estar relacionada con la necesidad comprender, predecir y controlar las situaciones estresantes.
 - Dar un sentido a la nueva situación y a la propia vida: mediante la búsqueda de significado de la situación y de qué significado tiene dicha situación en una perspectiva más global de la propia vida. Puede suponer un cambio de valores y una reordenación de prioridades e incluso una ganancia de sentido de la vida o de cualidades personales (autoconocimiento, transformación positiva) a través de la situación de crisis. Si se construye un sentido positivo de la experiencia de padecer un cáncer, se produce una mejor adaptación psicológica al mismo, pudiéndose vivir como un catalizador de una transformación personal.

- 2) Intento de recuperar el sentido de control sobre el evento y sobre la propia vida (pues dicha sensación se ve amenazada por las enfermedades graves). Las creencias sobre la posibilidad de control personal o del médico suponen un mejor ajuste psicológico; sobre todo si se dan ambas creencias simultáneamente. Los esfuerzos de control podían ser mentales (actitudes positivas, visualización), conductuales (dieta, dejar de fumar, ejercicio), participar en la toma de decisiones, búsqueda de información o tratar de confrontar los efectos secundarios de los tratamientos.

- 3) Restaurar la autoestima que se puede ver reducida por las situaciones amenazantes. Para recuperarla, las enfermas usaban la comparación con otras personas mediante una comparación sesgada, eligiendo las dimensiones en que se ven mejor o igual que las otras personas en la misma situación, para sentir que están enfrentándose a la situación igual o mejor que las demás personas con las que se comparan.

Para una buena adaptación, no importa el contenido específico de la atribución, ni el tipo de creencias o actividad en que basen la sensación de control, ni en que dimensión lleven a cabo la comparación social, sino que el hecho de que lleven a cabo los tres tipos de procesos es lo más importante para una buena adaptación (Taylor, 1983).

Taylor (1983) también señala que hay ciertos tipos de cogniciones que sirven para varias necesidades de las planteadas simultáneamente, como por ejemplo una atribución causal que da sentido a la experiencia y aumenta la sensación de control sobre la misma.

En síntesis, la propuesta de Taylor (1983, 1984, 1996) se centra en algunas afirmaciones fundamentales:

- 1) El control percibido no tiene que coincidir con el control real, pero si hay mayor sensación de control hay mejores resultados adaptativos.
- 2) Los procesos atribucionales, como creencias, modulan la sensación de control del sujeto, e indirectamente los resultados adaptativos.
- 3) Los sujetos pueden reevaluar su circunstancia en términos favorables, atendiendo a los aspectos positivos y reordenando sus prioridades. Lo cual parece ser bueno para la adaptación.

- 4) Los sujetos a menudo se comparan con otros en similares o peores circunstancias para mantener la autoestima.

Hay puntos de conexión entre la propuesta de Taylor (1983) y la de Lazarus y Folkman (1986), pues las estrategias dirigidas a la emoción, incluyen también la reevaluación defensiva que puede tomar la forma de la atención dirigida a los aspectos positivos, ver la parte positiva de los eventos negativos y la de comparación positiva. Estas estrategias son comparables a la “reevaluación de las circunstancias en términos favorables” y a la “comparación social” de Taylor (1983).

9.5.- Modelo de Moos y Schaefer

Estos autores entienden la enfermedad física grave como una crisis vital. La evaluación cognitiva o elaboración del significado subjetivo de la crisis es lo que determina las tareas de adaptación sobre las que se aplica el afrontamiento (Moos y Schaefer, 1984).

Dividen las tareas de afrontamiento en las siguientes siete categorías (las tres primeras son más específicas del contexto de la enfermedad) (Moos y Schaefer, 1984):

- 1) Manejar el dolor, la incapacitación y otros síntomas.
- 2) Manejar el ambiente hospitalario y los tratamientos.
- 3) Desarrollar y mantener una relación adecuada con el personal sanitario.
- 4) Preservar un equilibrio emocional razonable.
- 5) Preservar una autoimagen satisfactoria y mantener el sentido de competencia y dominio.
- 6) Mantener relaciones normales con familia y amigos.
- 7) Prepararse adecuadamente para un futuro incierto.

Según Ferrero (1993) dichas tareas de adaptación se podrían entender como metas u objetivos del afrontamiento y modularían la evaluación primaria según el modelo de Lazarus y Folkman (1984) por ser los elementos que determinan si se ha perdido o se ve amenazado algo valioso.

Una vez determinadas las tareas de adaptación, el sujeto pondrá en juego sus habilidades de afrontamiento para manejarlas. Distinguen tres categorías de habilidades de afrontamiento que se exponen a continuación:

- 1) Dirigidas a la evaluación: tiene que ver con intentar entender y encontrar significado a la crisis. Consiste en un análisis lógico y preparación mental (lo que incluye buscar sentido a lo ocurrido, de tipo religioso, filosófico o mediante búsqueda de atribuciones), redefinición cognitiva (para encontrar algo favorable en la experiencia, incluye cambio de valores y focalización en lo positivo) y evitación cognitiva o negación.
- 2) Dirigidas al problema: consisten en la búsqueda de información y apoyo, realizar alguna acción para solucionar el problema e identificación de recompensas alternativas (generando nuevas fuentes de satisfacción; incluye el cambio de metas y de proyectos vitales).
- 3) Dirigidas a la emoción: se realizan mediante regulación afectiva (para mantener la esperanza y controlar las emociones que provoca la situación estresante), descarga emocional (ventilación abierta de los sentimientos) y aceptación resignada.

Según Ferrero (1993) no está claro que lo que en este modelo es el “afrontamiento dirigido a la evaluación” recoja estrategias o habilidades que no se puedan entender como afrontamiento dirigido al problema o a la emoción, como la redefinición cognitiva y la negación.

Dentro del modelo de Moos y Schaefer (1984) la evaluación cognitiva, la conciencia sobre determinadas tareas y la elección de estrategias de afrontamiento reciben a su vez en conjunto la influencia de tres tipos de factores:

- 1) Personales y demográficos: edad, género, nivel socioeconómico, la madurez personal, la fuerza del ego, las creencias filosóficas y religiosas y las experiencias previas de afrontamiento de enfermedades.

- 2) Relativos a la enfermedad: tipo de enfermedad, rapidez de su evolución, síntomas, etc.
- 3) Del ambiente físico y social: ambiente hospitalario, el nivel de estimulación sensorial, relaciones con familiares y amigos, etc.

9.6.- Perspectiva de los Mundos Supuestos de Timko y Janoff-Bulman

Según este modelo (Timko y Janoff-Bulman, 1985), los seres humanos funcionamos con la creencia de que el mundo es benevolente y tiene sentido, de que uno mismo es valioso y de que es invulnerable ante los eventos negativos (“ilusión de invulnerabilidad”). La experiencia de sufrir un cáncer propiciaría la ruptura de la “ilusión de invulnerabilidad”. Estos autores sólo sugieren la posibilidad de preservar hasta cierto punto las creencias adaptativas. El mantenimiento de una mayor “ilusión de invulnerabilidad” supone un mejor ajuste psicológico.

Los procesos de atribución causal juegan un papel importante en el restablecimiento de la “ilusión de invulnerabilidad”, mediante la autoinculpación conductual (causa controlable y modificable, da una mayor ilusión de invulnerabilidad) y la autoinculpación caracteriológica (no controlable ni modificable). Las creencias también influirían sobre la eficacia de los tratamientos y sobre el control personal.

Timko y Janoff-Bulman dejan de lado otro tipo de creencias que pueden explicitar la “probabilidad subjetiva de recaída” como determinadas ideas religiosas o filosóficas (Ferrero, 1993). Ferrero (1993) afirma que es discutible que un diagnóstico de cáncer haya de romper necesariamente la “ilusión de invulnerabilidad”.

9.7.- Teoría del ajuste psicológico al cáncer de Moorey y Greer

Es un modelo sobre el significado personal del cáncer y el proceso de adaptación al mismo (Moorey y Greer, 1989). Desde la perspectiva de este modelo, el diagnóstico del cáncer produciría una ruptura del sentido de invulnerabilidad personal (que es una idea que

similar a la del modelo de Janoff-Bulman). Ante esta situación los pacientes desarrollan un proceso de evaluación cognitiva respondiendo a tres cuestiones (Moorey y Greer, 1989):

- 1) Grado de amenaza: en función de esto, la enfermedad se podría considerar como reto, gran amenaza (que llevaría a la destrucción), daño o pérdida, o se podría llegar a una negación de la misma. A diferencia de Lazarus y Folkman, para estos autores la negación no es una estrategia de afrontamiento, sino una posible opción de la evaluación primaria, posiblemente comparable a la de “irrelevante en términos de bienestar” de Lazarus y Folkman, pero en una situación en la que existe una amenaza real.
- 2) Capacidad de ejercer algún control: Es semejante a la evaluación secundaria de Lazarus y Folkman.
- 3) Pronóstico: en función del significado que la enfermedad tenga para el sujeto y el grado de control que perciba. Dicho significado personal tiene una gran importancia en este modelo y a su vez influye en el grado de control percibido.

El patrón de pensamientos, sentimientos y conductas asociadas a las evaluaciones del sujeto representa el estilo de ajuste que desarrollará en la situación de enfrentarse a la enfermedad. Cada estilo de ajuste tendría como aspecto central un esquema cognitivo que selecciona, filtra e interpreta la información relativa al cáncer que se configura en lo que estos autores llaman un esquema de supervivencia. Dicho esquema incorpora una triada cognitiva sobre el cáncer que tiene los siguientes elementos: visión del diagnóstico, control percibido y visión del pronóstico (que son las tres cuestiones de la evaluación cognitiva). El esquema de supervivencia selecciona la información ambiental congruente y filtra la información inconsistente con el estilo de ajuste del sujeto (Moorey y Greer, 1989).

Utilizan el término estilo de ajuste para no especificar si la respuesta al diagnóstico debe entenderse en términos de rasgo o estado, y así dejan que sean los datos empíricos los que aclaren esa cuestión, aunque consideran más práctico entenderlas como estado mientras no se demuestre otra cosa (Moorey y Greer, 1986).

Moorey y Greer (1989) proponen los siguientes cinco estilos de ajuste ante la situación del diagnóstico de un cáncer:

- 1) Espíritu de lucha: consiste en vivir el diagnóstico como un reto, percibiendo control en el presente y teniendo una sensación de pronóstico optimista. Las estrategias de afrontamiento se manifiestan mediante búsqueda de información, teniendo un papel activo en la recuperación y con intentos por seguir con la vida habitual. Hay un tono emocional positivo y ligera ansiedad.
- 2) Evitación o negación: no ven el diagnóstico como amenaza, no se plantean la necesidad de control y tienen una sensación de pronóstico optimista. La estrategia de afrontamiento sería la minimización. El tono emocional es sereno.
- 3) Fatalismo o aceptación estoica: ven el diagnóstico como una ligera amenaza, la percepción de control está ausente o depende de otros y con relación al pronóstico se acepta con dignidad el que tenga que pasar, pues se desconoce. Las estrategias de afrontamiento son mediante la aceptación pasiva y las estrategias dirigidas al problema estarán ausentes. El tono emocional es sereno.
- 4) Desamparo y desesperanza: ven el diagnóstico como una gran amenaza o pérdida real, no hay percepción de control y la expectativa sobre el pronóstico es pesimista. Las estrategias de afrontamiento son la rendición, la ausencia de estrategias dirigidas al problema y la expresión emocional. El tono emocional es depresivo.
- 5) Preocupación ansiosa: ven el diagnóstico como una gran amenaza, hay incertidumbre sobre si se puede ejercer algún control sobre la situación e incertidumbre sobre el pronóstico. Las estrategias de afrontamiento son búsqueda excesiva de seguridad, rumiación y una excesiva atención dirigida a detectar la recaída, estando muy pendientes de los síntomas físicos. El tono emocional es de tipo ansioso.

Desde este planteamiento, las estrategias de afrontamiento no juegan un papel de mediadores entre la evaluación cognitiva y la respuesta emocional, sino que ésta depende directamente de la evaluación que el sujeto haga de la situación. Por ello, la evaluación

cognitiva, las respuestas de afrontamiento y la emoción se propondrían como agrupaciones únicas que se entenderían más como síntomas provocados por la evaluación cognitiva que como esfuerzos dirigidos a solucionar problemas o manejar emociones. Sería un proceso en el que la evaluación cognitiva hace más probables determinadas estrategias.

Los tipos de ajuste propuestos son en origen meramente empíricos y tienen un carácter dimensional. Los sujetos responderían en la realidad, a su enfermedad, no según un tipo de ajuste concreto, sino con respuestas más o menos próximas a cada uno de ellos, pues los tipos de ajuste referidos serían prototipos de reacción a los que la realidad se adapta en mayor o menor medida. Se podrían usar incluso distintas estrategias a la vez que podrían llegar a ser contradictorias, lo que supondría que un mismo sujeto se podría encuadrar en varios de los tipos de ajuste a la vez o en diferentes momentos de la evolución de su enfermedad.

Según Morey y Greer (1989), la posibilidad de una recaída y de la muerte es la amenaza más importante para un enfermo de cáncer. Además contemplan otras amenazas consideradas secundarias derivadas de la sintomatología, de los efectos secundarios de los tratamientos, el deterioro, el cambio de roles personales y sociales y los cambios en el aspecto físico. Estas amenazas secundarias le afectarán en función de los valores y creencias previas, que determinarán su significado para el sujeto. Si se hace permanente la evaluación negativa de sus propias aptitudes, de la ejecución de los roles y del aspecto físico, se integrará en el esquema del *self*, definido como las creencias, recuerdos y metas relacionadas con la autoimagen y afectará a las respuestas conductuales, cognitivas y emocionales del paciente ante su enfermedad.

9.8.- Teoría del Temoshok: personalidad y estilos de afrontamiento

Este modelo plantea la posibilidad de que haya un tipo de estilos de afrontamiento característicos de los enfermos con cáncer en base a un patrón de personalidad que sería más frecuente en estos pacientes y que se ha llamado personalidad “tipo C” (Temoshok, 1987).

Este tipo de personalidad se ha asociado con mayores posibilidades de sufrir un cáncer o de que tenga una progresión más rápida, algo en lo que diferentes estudios han hallado datos contradictorios (Cassileth et al., 1985; McDaniel et al., 1996; Temoshok, 1987).

La personalidad “tipo C” se caracterizaría por unos estilos de afrontamiento característicos, dificultad en expresar emociones y una tendencia a tener sentimientos de impotencia o desesperanza. Serían personas con los siguientes rasgos de personalidad: estoicismo, actitud agradable en el trato con los demás, perfeccionistas, trabajadoras, sociables, convencionales, con mecanismos de defensa más rígidos y que no expresan agresividad porque tienen a la supresión de sus emociones (Temoshok, 1987).

Los tipos de afrontamiento característicos de la personalidad “tipo C” consistirían en ignorar las propias necesidades para satisfacer las de los demás, suprimir emociones negativas, ser colaborador, poco asertivo, apaciguador y aceptar fácilmente cualquier circunstancia. El tipo de afrontamiento más característico de estas personas sería el relacionado con la impotencia y la desesperanza o con una actitud estoica. Las personas con este tipo de afrontamiento tendrían una frágil adaptación al mundo y estarían siempre en un equilibrio precario que repercutiría en el equilibrio emocional y finalmente en el equilibrio del organismo. En base a estos datos, si tienen que enfrentarse a situaciones estresantes, se verán sobrepasados más fácilmente por dichas situaciones y por lo tanto su estado empeorará. La situación estresante puede ser un cáncer que a su vez agrave el estado psíquico del enfermo y este estado puede repercutir en el desarrollo de su enfermedad (Temoshok, 1987).

10.- RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL CÁNCER

En función de los diferentes modelos teóricos propuestos podemos concluir aspectos comunes entre todos ellos como el afirmar que hay una serie de reacciones habituales ante el estrés que supone una enfermedad como el cáncer. Varios de los autores citados (Lipowski, 1969, 1970; Moorey y Greer, 1989; Taylor, 1983) coinciden en valorar la importancia del significado atribuido a la situación de enfermedad que se está pasando o en la necesidad de hacer una redefinición de la misma después del diagnóstico para poderse enfrentar mejor a la situación (Taylor, 1983; Weissman, 1979) y otros coinciden en la influencia de la personalidad previa del enfermo (Lipowski, 1969, 1979; Weissman, 1979).

Muchos autores también coinciden en la importancia de sentir que se recupera el control (Moos y Schaefer, 1984; Moorey y Greer, 1989, Ray, Lindop y Gibson, 1982; Taylor, 1983).

Algunos diferencian entre respuestas de afrontamiento mejores y peores como la distinción explícita entre respuestas de afrontamiento adaptativas y no adaptativas (Lipowski, 1969, 1970; Taylor, 1983) o diferencian entre buen y mal afrontamiento (Weissman, 1979) o bien lo diferencian en función de sus consecuencias emocionales (Moorey y Greer, 1989).

En relación con el planteamiento general del presente trabajo de relación entre afrontamiento y sentido de la vida Taylor (1983) y Timko & Janoff-Bullman (1985) señalan la importancia del significado atribuido a la propia existencia en el proceso de afrontamiento de la enfermedad.

Es imposible recoger todas las respuestas de afrontamiento que un ser humano puede llevar a cabo ante un diagnóstico de cáncer, no obstante hay una serie de respuestas que son más significativas por su frecuencia o por haber sido más estudiadas por la Psicooncología:

- 1) Reordenación de prioridades y cambio positivo (Moos y Schaefer, 1984; Taylor, 1983, 1984; Weisman, 1979). Moos y Schaefer (1984) la denominan “redefinición positiva”. Algunos pacientes con cáncer han manifestado que desde que conocen el diagnóstico valoran más la vida, que la enfermedad ha generado cambios positivos en ellos o les ha beneficiado en algún sentido; situación que se ha relacionado con un cambio de valores y de prioridades y se relacionaba con un ajuste mejor a la situación (Taylor, 1984). Weisman (1979) se refiere a esta estrategia como “redefinición”.
- 2) Comparación social positiva (Taylor, 1983; 1984). Taylor (1984) ha encontrado en pacientes con cáncer de mama que la mayoría de las pacientes tendían a compararse en aspectos en los que se veían con ventaja.
- 3) Supresión cognitiva frente a rumiación (Weisman, 1979). Para Weisman (1979) tiene que ver con no pensar en la enfermedad y se corresponde con la estrategia de Folkman y colaboradores (1984) llaman distanciamiento.

- 4) Sentido del humor (Moos y Schaefer, 1984; Weisman, 1979). Weisman (1979) lo llamó “inversión emocional”, Moos y Schaefer (1984) tipifican esta reacción como una habilidad de afrontamiento dirigida a la emoción a la que denominan “descarga emocional” y la consideran una respuesta paliativa de mitigación.

- 5) Intentos de ejercer el control (Bayés, 1991; Moorey y Greer, 1989, Ray et al., 1982; Taylor, 1983). Tienen que ver con hacer algo para mejorar su estado físico (como hacer ejercicio, cambiar la dieta, etc.) o mental (control mental, etc.) (Ferrero, 1993). Bayés (1991) lo relaciona con un afrontamiento activo. Para Ray y colaboradores (1982) el grado de control percibido es fundamental para determinar la estrategia de afrontamiento utilizada y en sí misma la búsqueda de control se puede considerar una estrategia de afrontamiento. Para Moorey y Greer (1989) sería semejante a la evaluación secundaria de Lazarus y Folkman (1986). Para Taylor (1983) el intento de ejercer el control se haría a través de la búsqueda de significados y mediante atribuciones causales buscando causas controlables.

- 6) Búsqueda de información (Bayés, 1991; Moorey y Greer, 1989; Moos y Schaefer, 1984; Taylor, 1983). Para Bayés (1991) sería una estrategia que ayuda a combatir la incertidumbre. Parece ser una estrategia muy utilizada por los pacientes de cáncer en los primeros momentos del diagnóstico, pero no parece relacionarse con el bienestar subjetivo (Ferrero, 1993). Para Moorey y Greer tiene que ver tanto con el espíritu de lucha como con la preocupación ansiosa (en este caso sería excesiva). Según Taylor (1983) esta búsqueda ayuda a encontrar significados a lo que está pasando y a tener mayor sensación de control. Según Moos y Schaefer (1984) sería una estrategia dirigida al problema. Para Lazarus y Folkman (1986) estaría dentro de la categoría de Búsqueda de apoyo social.

- 7) Resignación (Lipowski, 1970; Moorey y Greer, 1989; Ray, Lindop y Gibson, 1982; Weisman, 1979). Para Lipowski (1970) sería una estrategia relacionada con un “estilo de afrontamiento conductual” en el que habría tendencia la pasividad y al rechazo o bien dependencia de otros. Según Moorey y Greer (1989) esta estrategia estaría dentro del fatalismo o resignación estoica. Para Ray, Lindop y Gibson (1982) sería una estrategia de afrontamiento en la que el paciente se ve a sí

mismo carente de poder dejando lo que suceda en manos del destino. Weisman (1979) la entiende como someterse a lo inevitable y aceptarlo de forma pasiva. Este tipo de afrontamiento puede estar cercano al planteado por Temoshok (1987) como impotencia y desesperanza.

- 8) Evitación (Moorey y Greer, 1989; Moos y Schaefer, 1984; Ray Lindop y Gibson, 1982; Weisman, 1979). Ferrero (1993) la define como una estrategia en la que se trata de esquivar el problema temporal o continuamente. Para Moorey y Greer (1989) tendría que ver con estrategia de afrontamiento de “minimización”. Según Moos y Schaefer (1984) sería una estrategia dirigida a la evaluación del problema. Weisman (1979) la denomina “retirada”. Según Crespo y Cruzado (1998) habría que separar la evitación temporal de la que se mantiene en el tiempo y se cronifica.
- 9) Negación (Lipowski, 1970; Moorey y Greer, 1989; Moos y Schaefer, 1984; Ray, Lindop y Gibson, 1982; Weisman, 1979). Según Lipowski (1970) esta estrategia se usa cuando se percibe la situación como amenazante. Para Ray, Lindop y Gibson (1982) tendría que ver con la “minimización”. Para Moorey y Greer (1989) la negación no es una estrategia de afrontamiento, sino una posible opción de la evaluación primaria, posiblemente comparable a la de “irrelevante en términos de bienestar”. Según Moos y Schaefer (1984) sería una estrategia dirigida a la evaluación del problema. Para Weisman (1979) tiene que ver con aferrarse a una visión previa de la realidad, evitando lo que puede resultar amenazante. Para Crespo y Cruzado (1998) tendría mal pronóstico si se rechaza el diagnóstico del cáncer, pero no si se rechaza el significado popular. Se podría considerar como una estrategia adaptativa en un primer momento pero sería patológica si se mantiene en el tiempo (Rowland, 1989b; Taylor, 1983).
- 10) Aproximación y afrontamiento dirigido al problema (Bayés, 1991; Lipowski, 1970; Moorey y Greer, 1989). Para Bayés (1991) tendría que ver con el afrontamiento activo. Lipowski (1970) describió un estilo de afrontamiento al que denominaba “aproximación” caracterizado como una actitud activa ante la enfermedad que podía ir de la lucha hasta la puesta en práctica de actividades que fueran útiles para mejorar el pronóstico y el bienestar. En Moorey y Greer (1989) tendría que ver con el espíritu de lucha.

- 11) Pensamiento desiderativo (Felton y Revenson, 1984). Tiene que ver con intentar distraerse de la situación amenazante, pero no se suele conseguir y puede dar lugar a que aparezcan rumiaciones obsesivas. Además, también es posible que se genere un círculo vicioso entre pensamiento desiderativo y malestar subjetivo.
- 12) Uso de la religión (Ferrero, 1993). En algunos estudios con pacientes oncológicos se ha hallado que las creencias religiosas y/o relacionadas con temas espirituales ayudan a afrontar el diagnóstico de cáncer (Brandt, 1987; Carver et al., 1993; Fehring, Miller y Shaw, 1997; Gall & Cornblat, 2002; Halstead & Hull., 2001; Holland et al., 1999; Koenig et al., 1992; Musick et al., 1998; Silberfarb et al., 1991; Stefanek, McDonald y Hess, 2005; Smith, McCullough y Poll, 2003; Strang & Strang, 2001; Taylor, 2001) y que incluso en los pacientes que usan este tipo de afrontamiento puede ver con menor frecuencia ansiedad y depresión (Holland et al., 1999; Koenig et al., 1992; Musick et al., 1998). Más adelante se dan más datos en relación con este tema.

11.- ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER

En los últimos años han aumentado progresivamente el número de estudios sobre el afrontamiento del cáncer en las personas que padecen esta enfermedad. A continuación se resumen algunos de los más importantes:

- Weisman y Worden (1976-1977) estudiaron las estrategias de afrontamiento de 120 pacientes durante los primeros tres meses a partir del diagnóstico de un cáncer. Evaluaron 15 posibles respuestas de afrontamiento (que se habían observado como respuestas habituales previamente ante situaciones de estrés) entre las que se incluían estrategias adaptativas y defensivas. Se evaluó la eficacia de cada una en función de que proporcionara alivio o resolución de las preocupaciones o problemas más importantes que tenía el paciente. Concluyeron que las estrategias más efectivas para aliviar el malestar emocional de la situación reflejaban aceptación, o bien tenían que ver con encontrar algún factor positivo en la misma (redefinición). También ayudaba la búsqueda de alguna dirección ante lo

que estaba pasando. Después de las referidas, las estrategias más efectivas fueron estrategias para combatir la enfermedad y los problemas derivados de la misma (confrontación) dentro de consideraciones realistas. Las estrategias menos efectivas fueron las que enfatizaron retirada, evitación, pasividad, rendición, culpabilización, *acting out* y apatía. También encontraron características relacionadas con mayor o menor grado de estrés. Las características asociadas a mayor grado de estrés fueron entre otras pesimismo, arrepentimiento sobre el pasado, antecedentes psiquiátricos o ideación suicida, alta ansiedad, poca “fuerza del yo”, cambios vitales recientes, más síntomas físicos, pocas expectativas de apoyo familiar y/o social o una actitud pasiva o de culpar a otros por lo que le pasaba. Algunas de las asociadas a niveles menores de estrés fueron optimismo, menos problemas previos o de pareja, poca ansiedad, mayor “fuerza del yo”, menos síntomas físicos, expectativas de buen apoyo familiar y/o social y asunción de las propias responsabilidades.

- Taylor y colaboradores (1984) estudiaron el afrontamiento en 78 pacientes con cáncer de mama en base a su modelo de adaptación cognitiva al estrés. Se examinaron las atribuciones causales del cáncer y las creencias sobre el control de la situación. El 95% de los pacientes de su muestra encontraron una explicación a lo que les había sucedido, relacionada con frecuencia con causas controlables, aunque ninguna atribución causal concreta se relacionó con una mejor adaptación a la situación. Hallaron que la creencia en el propio control sobre la enfermedad o en el control de otros se asoció de forma significativa con una buena adaptación a la situación. Culpar a otros de lo que les pasaba se asoció con una peor adaptación a la situación. En este estudio, más del 50% de las pacientes, el cáncer les había llevado a reevaluar su vida, siendo lo más frecuente un cambio positivo de sus prioridades vitales. Aquellas pacientes que lograron construir un sentido positivo de su vida a partir de la enfermedad presentaban un ajuste psicológico mejor que las demás. Las personas que mostraron una gran sensación de responsabilidad y de control sobre su situación fueron las que se adaptaron mejor. Los esfuerzos por encontrar sentido en la experiencia de padecer un cáncer parecieron reflejarse más en los cambios de actitudes ante la vida que en las atribuciones causales de la enfermedad.

- Feifel, Strack y Nagy (1987) evaluaron el uso y la eficacia de tres estrategias principales de afrontamiento (confrontación, evitación y aceptación-resignación) en tres grupos de pacientes varones, cada uno con una enfermedad diferente. Dos de los grupos fueron de pacientes con enfermedades que amenazaban sus vidas (infarto agudo de miocardio y cáncer) y otro grupo fue con pacientes con otras enfermedades que no eran tan graves. En este estudio, el uso de la confrontación se asoció de forma significativa con estar en tratamiento para una enfermedad que amenazara la vida. La aceptación-resignación se vio en los que tenían menores expectativas de recuperación. Los pacientes con cáncer que estimaron que afrontaban peor la situación usaban más la evitación y la aceptación-resignación.
- Dunkel-Shetter y colaboradores (1992) encontraron, en 603 enfermos de cáncer, que las estrategias afrontamiento mediante búsqueda de apoyo social, centrarse en los aspectos positivos y distanciamiento se asociaban a menor malestar psicológico que las que tenían que ver con evitación conductual. Evaluaron el afrontamiento con el WOC-CA (la versión del WOC para enfermos de cáncer). Las estrategias más usadas fueron: distanciamiento (26%), buscar apoyo (21%), centrarse en lo positivo (21%), escape cognitivo (20%). Los más jóvenes utilizaron más la estrategia de centrarse en lo positivo y el escape conductual. La religiosidad se asoció a escape cognitivo y a centrarse en lo positivo.
- Carver y colaboradores (1993) hicieron un estudio longitudinal, con 59 pacientes con cáncer de mama, sobre como el afrontamiento media el efecto del optimismo en el malestar psicológico. Hallaron relación entre malestar psicológico y diversas escalas del COPE en cinco momentos diferentes en el tiempo. Las estrategias de afrontamiento usadas con mayor frecuencia por las pacientes fueron Aceptación, Reinterpretación positiva y uso de la Religión. Las menos frecuentes fueron Negación y Abandono de esfuerzos de afrontamiento. El afrontamiento más activo fue más frecuente en las fases más iniciales. Estos autores encontraron una relación directa entre el malestar psicológico (evaluado como medida global que abarca ansiedad, depresión y enfado) y las escalas del COPE Negación y de Abandono de esfuerzos de afrontamiento. Hallaron, por otra parte, relación inversa entre malestar psicológico con las escalas de Aceptación, Reinterpretación positiva y Humor. Además encontraron que parece ser que algunas estrategias de

afrontamiento mediaban en el efecto del optimismo en el malestar psicológico. Con respecto a otras variables, la edad correlacionaba inversamente con el malestar psicológico. También pudieron comprobar que las diferentes estrategias de afrontamiento se usaron más en los momentos más críticos (sobre todo antes y después del tratamiento quirúrgico). Las correlaciones entre las escalas del COPE fueron entre las siguientes: Reinterpretación positiva, Afrontamiento activo, Supresión de actividades distractoras, Planificación, Contención y Búsqueda de apoyo social. También se halló correlación entre Negación y Evitación conductual. El optimismo tuvo una correlación positiva con un afrontamiento más activo, Planificación, Aceptación y Humor y una correlación negativa con Negación y Abandono de esfuerzos de afrontamiento.

- Behem y Rodrigue (1994) realizaron un estudio sobre predictores de estrategias de afrontamiento en 130 pacientes con cáncer. El malestar psicológico fue el principal factor predictivo del uso de estrategias de afrontamiento caracterizadas por evitación y aceptación-resignación.
- Ferrero, Toledo y Barreto (1995) evaluaron el afrontamiento (entendido como adaptación a la enfermedad) mediante la escala MAC en 68 enfermas de cáncer de mama, en las que se evaluó el afrontamiento, entendido como adaptación a la enfermedad. En este estudio se encontró la relación entre el tipo de adaptación y las repercusiones psicológicas de la enfermedad. Había menos alteraciones psíquicas en las enfermas que se enfrentaban a su enfermedad mediante “espíritu de lucha” o con “negación” que en las que se enfrentaban mediante “desamparo-desesperanza”, “fatalismo” y “preocupación ansiosa”. Pero la “negación” se acababa asociando con malestar psíquico medio año después. El “espíritu de lucha” también se relacionó con una mejor percepción global de la calidad de vida. El “desamparo-desesperanza”, el “fatalismo” y la “preocupación ansiosa” se asociaron a una menor percepción global de la calidad de vida.
- Crespo y Cruzado (1998) hicieron un estudio con 212 mujeres españolas en fase pre-biopsia para diagnóstico de posible cáncer de mama. Se evaluó el afrontamiento de todas ellas con el COPE (Carver et al, 1989). Se encontraron diferencias significativas entre las pacientes con patología mamaria benigna y

maligna. Las pacientes con patología mamaria maligna utilizaron, con mayor frecuencia que las que tenían patología benigna, las estrategias de afrontamiento de Búsqueda de apoyo social y estrategias evitativas (Uso de actividades distractoras, Desconexión conductual, Refrenar el afrontamiento y Negación).

- Holland y colaboradores (1999), encontraron en 132 pacientes con melanoma maligno una relación positiva entre un estilo de afrontamiento mediante evitación y peor estado psíquico. Sí encontraron relación entre mayores puntuaciones del SBI (*Systems of Belief Inventory*) y un afrontamiento más activo (que consistía en aceptar la enfermedad e intentar darle un significado positivo).
- Schnoll, Knowles y Harlow (2002) en un estudio con 109 pacientes oncológicos encontraron relación entre usar menos afrontamiento mediante evitación y mayor apoyo social, mayor optimismo y mayor sentido de la vida (medido con el test PIL). El afrontamiento fue medido con la escala COPE. Las escalas relacionadas con evitación del COPE tuvieron una clara correlación negativa con las diferentes variables que tenían que ver con una adaptación psíquica adecuada a la enfermedad. También hallaron una relación negativa entre menores niveles de negación y mejor adaptación a la enfermedad en relación con mejores relaciones familiares y sociales.
- Voogt y colaboradores (2004) en un estudio con 105 pacientes oncológicos, encontraron que los pacientes que han referido menores sentimientos positivos han sido los que tenían puntuaciones más bajas en estrategias de afrontamiento enfocadas en la resolución de problemas y los que mostraban más sentimientos negativos eran los que realizaban estrategias de afrontamiento enfocadas en las emociones.

Parece que aunque hay variaciones entre los diferentes estudios (entre las características de los pacientes con cáncer, los tipos de cánceres, sus localizaciones, las fases de la enfermedad, los métodos y los periodos de evaluación) se encuentran temas comunes en las estrategias de afrontamiento del cáncer que se refieren a continuación:

- 1) Las estrategias o estilos de afrontamiento que promueven una respuesta activa (Feifel, Strack y Nagy, 1987; Weisman y Worden, 1976-1977; Voogt et al., 2004, aceptación (Feifel, Strack y Nagy, 1987; Weisman y Worden, 1976-1977) o encontrar aspectos positivos en la situación parecen ser más eficaces (Carver et al., 1993; Taylor, 1984; Weisman y Worden, 1976-1977).
- 2) Las respuestas de afrontamiento de tipo evitativo o pasividad (Behem y Rodrigue, 1994; Feifel, Strack y Nagy, 1987; Schnoll, Knowles y Harlow, 2002; Weisman y Worden, 1976-1977), enfocadas a las emociones (Voogt et al., 2004) o la negación parecen ser menos eficaces (Carver et al., 1993; Ferrero, Toledo y Barreto, 1995, Schnoll, Knowles y Harlow, 2002).
- 3) El afrontamiento de la enfermedad parece ser un proceso dinámico que cambia en función de las circunstancias y la evolución que hace el individuo de su significado con respecto a su supervivencia, futuro, relaciones futuras, autoestima y consecución de metas (Carver et al., 1993; Ferrero, Toledo y Barreto, 1995; Lazarus y Folkman, 1986).
- 4) Las personas que tienen actitudes más flexibles hacen un afrontamiento mejor, puesto que dicho afrontamiento, como ya se ha señalado, es un proceso dinámico que supone estarse enfrentando a cambios constantes en las circunstancias vividas (Carver et al., 1993).
- 5) Hay ciertas características de la personalidad del paciente que pueden suponer mayores problemas de afrontamiento (Carver et al., 1993; Weisman y Worden, 1976-1977).

12.- ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN

Aunque el cáncer de pulmón es uno de los más frecuentes en la población, se han encontrado pocos estudios que evalúen el afrontamiento de esta enfermedad (Akechi et al., 1998; Martín, Sierra y Sánchez, 2003), y en general, en la mayoría de los estudios, la variable

afrontamiento se considera como ajuste o adaptación y se evalúa con el MAC. Los principales datos de dichos estudios se muestran a continuación:

- Akechi y colaboradores (1998) estudian el afrontamiento, entendido como ajuste, con el MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale), entre otras variables psicosociales en 87 enfermos con cáncer de pulmón. Encontraron que los estilos de ajuste o adaptación relacionados con impotencia y desesperanza se asociaban con mayor malestar psicológico en estos enfermos.
- Akechi y colaboradores (2001) evaluaron a 129 pacientes, con cáncer de pulmón (que no era de células pequeñas) no reseccable, con la Entrevista Clínica Estructurada basada en criterios diagnósticos DSM-III-R y con la escala HAD. Además evaluaron adaptación a la enfermedad con el MAC (Mental Adjustment to Cancer). Encontraron una relación que rozaba la significación estadística entre afrontamiento relacionado con impotencia y desesperanza y malestar psicológico.
- Martín, Sierra y Sánchez (2003) realizaron su estudio en población española. Evaluaron el afrontamiento mediante el inventario ACS de Fydenberg y Lewis (1996) en 26 pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón. Las estrategias de afrontamiento utilizadas con más frecuencia por estos pacientes fueron por este orden “buscar ayuda espiritual” y “buscar ayuda profesional”. Las siguientes fueron “ignorar el problema” y “autoinculparse”. Además se evaluaron los niveles de ansiedad y depresión con la escala HAD en la que se obtuvieron medias 6 en ansiedad y depresión. Sólo se encontró una correlación significativa entre “autoinculparse” y ansiedad. Señalando los autores de este trabajo que el cáncer de pulmón es un tipo de cáncer que supone un mayor grado de autoinculpación debido a que la sociedad conoce la relación entre el hábito de fumar y el mayor riesgo de padecer un cáncer de pulmón.

VII.- LOCUS DE CONTROL

1.- CONCEPTO

El "Locus de control" es un constructo psicológico que nos da una idea de la capacidad percibida del individuo de dominar los eventos del exterior a través de su propia conducta y características personales (Rotter, 1966).

Rotter (1966) propone el concepto de Locus de control, dentro del marco más global de la Teoría del Aprendizaje Social y desarrolla una escala para medirlo. Lo fundamental de esta teoría es la idea de que el comportamiento del sujeto en una determinada situación resulta de la interacción entre la expectativa personal de un resultado concreto o reforzamiento y el valor que para el mismo sujeto tiene dicho resultado y de la relación que el sujeto ve entre la conducta que puede realizar y dichos resultados. Es decir, la conducta del sujeto dependería de cómo percibe que su propia conducta puede o no conseguir el resultado esperado. Desde esta perspectiva, el Locus de control de reforzamiento es definido como una dimensión con dos extremos que presentan diferencias cognitivas y conductuales. En uno de estos extremos está el "Locus de control interno", que sería el que define a un sujeto con una expectativa generalizada de que los refuerzos que siguen a su acción están relacionados directamente con su conducta; así que quienes tienen un Locus de control interno tienden a encontrar una relación directa entre la propia conducta y los resultados que se logran con la misma. En el otro extremo estaría el "Locus de control externo", en el que se supone que los refuerzos que son resultado de una acción dependen del control de otras personas, o están predeterminados o son incontrolables, por depender del destino, del azar o de la suerte.

El Locus de control sería entonces una expectativa generalizada unidimensional sobre el papel que juega el individuo en la obtención de unos resultados positivos a partir de las acciones que realiza (Font, 1989).

Rotter (1966) define el Locus de control de la siguiente forma: *"Cuando un suceso es percibido por el sujeto como... no completamente contingente con su acción, entonces, en nuestra cultura, esto es percibido mayoritariamente como el resultado del azar, la suerte, el destino, como si se encontrara bajo el control de otras personas más poderosas o bien como si fuera causado por la gran cantidad de fuerzas que le rodean. Cuando este refuerzo es interpretado de esta forma por individuo, lo hemos etiquetado como persona con una creencia en el control externo. Si la persona percibe que el hecho es contingente con su*

propia conducta o con sus características relativamente permanentes, denominamos a esto como una persona con una creencia en el control interno” (p.1).

En la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter (1966) aparecen otros elementos, ya que para este autor la conducta está multideterminada, aunque posteriormente se ha usado el constructo de Locus de control de forma aislada.

También se han desarrollado posteriormente numerosas escalas que pretenden evaluar el Locus de control con diferentes características: para medir conductas en ámbitos concretos, que diferencian distintas subescalas, para poblaciones específicas o grupos de edad concretos (Furnham & Steele, 1993).

Aunque hay numerosas escalas creadas para medir el lugar de control, la escala de Rotter (1966) sigue siendo la más conocida y la más utilizada en numerosos estudios (Furnham & Steele, 1993), por estos motivos es la que se utiliza en el presente trabajo.

Podemos encontrar fácilmente una relación entre Locus de control interno y percepción de control. Bayés (2001) señala la importancia de la percepción de control frente al sufrimiento, que se agravaría cuando no hay percepción de la posibilidad de controlar una situación determinada; por lo tanto, la pérdida de control supone un estresor psicológico negativo. Bayés (2006) también afirma que “en la proximidad de la muerte, tal vez todo se reduzca a la percepción de control” (p.242). Dicha percepción de control tendría que ver según Bayés (2006) con las siguientes expectativas:

- Que se puedan controlar síntomas desagradables o intrusitos.
- Que se pueda mantener el control funcional hasta el fin.
- Que se pueda determinar que personas estarán presentes en el momento de la muerte.
- Sensación de que se ha vivido de una manera que se considere adecuada o satisfactoria por el sujeto o bien, que uno se sienta perdonado por sus errores.

Normalmente se puede sentir una sensación de fracaso cuando uno quiere manejar algo que sucede al margen de su control o bien puede aumentar el sufrimiento cuando uno quiere manejar algo que resulta doloroso. En este ámbito la fe religiosa puede servir de

consuelo si uno considera que las cosas pueden suceder al margen del propio control (Bayés, 2006).

Con relación a la percepción de control, el cáncer en nuestra cultura, se percibe como una enfermedad sobre la que se puede tener poco control (Arraras et al., 2002), lo que influye en el control que el paciente percibe sobre su situación de tener esta enfermedad.

El Locus de control interno se ha relacionado con la búsqueda de los aspectos positivos de la situación de tener un cáncer (Wollman & Felton, 1983) u otras enfermedades somáticas (Tennen & Affleck, 1999).

Fife (1995) halla relación entre control percibido de la situación de padecer un cáncer y el sentido que se encuentra a la situación, pues es importante en ello el grado en el que percibe que está capacitada para controlar la situación.

El control percibido de la realidad también se ha relacionado con las actitudes ante la muerte, ya que el tener sensación de control sobre las leyes naturales puede llevar a tener menos conciencia de la posibilidad de la muerte (Álvarez et al., 1976).

2.- LOCUS DE CONTROL Y SALUD MENTAL

Según las hipótesis de Rotter (1966), las personas con un Locus de control más externo se adaptarán peor a la realidad que los que tengan un Locus de control más interno. En función de esta idea es fácil deducir la posibilidad de que las personas con un Locus de control más externo sean más vulnerables de sufrir en sus vidas diversas alteraciones psicopatológicas. En función de esto se ha considerado que es más beneficioso, adaptativo y saludable tener un Locus de control interno y que es negativo y no adaptativo el tener un Locus de control externo, algo que se ha cuestionado de diversas formas, pues las personas con un Locus interno pueden reaccionar peor ante una situación que realmente no es controlable que los que tienen un Locus de control externo; por otra parte el Locus interno se ha relacionado con actitudes más individualistas y egoístas. Además, se ha señalado que la internalidad y externalidad pueden variar en función de las circunstancias (Furnham & Steele, 1993). No obstante, en general se asume que es más positivo un Locus interno que uno

externo pues se ha asociado con una autoestima más alta, autoaceptación y otros datos indicadores de un funcionamiento adaptativo (Furnham & Steele, 1993).

La percepción de control, se considera un factor modulador del estrés; es decir, a mayor percepción de control habría más capacidad de manejar una situación estresante de manera adecuada y por ello sería deseable que el Locus de control fuera lo más interno posible (Dohrenwend & Martin, 1979; Ganellen & Blaney, 1984). Dohrenwend y Martin (1979) señalan además que si la percepción de pérdida de control se evalúa como temporal y con posibilidad de recuperarla (la llamada controlabilidad), no afectará igual si se piensa que no se va a recuperar. Esta cuestión se puede conectar fácilmente con la idea de Seligman de la indefensión aprendida que se ha asociado a mayor riesgo de depresión, pues el suponer que las situaciones que generan estrés o resultan traumáticas son incontrolables, puede determinar el tipo y la gravedad de una depresión (Burger, 1984). Las personas deprimidas expresan en general una creencia mayor en un control externo de sus vidas. Aunque la relación entre depresión y Locus de control no está del todo clara porque, por ejemplo, personas con un Locus de control más interno pueden sentirse excesivamente responsables de lo que les sucede y autoinculparse excesivamente y como consecuencia deprimirse más (Burger, 1984).

A pesar de la citada controversia, son más los datos que apuntan a una relación entre un Locus de control más externo y la depresión que los datos que apuntan en una dirección contraria (Burger, 1984). Incluso se sugiere que a través de una terapia que cambie la percepción de control hacia un control más interno puede ser útil para las personas con depresión (Burger, 1984), con otras alteraciones psíquicas (Furnham & Steele, 1993) o incluso para tratar alteraciones psíquicas en pacientes oncológicos (Bárez, Blasco y Castro, 2003).

En estudios empíricos se ha encontrado relación entre Locus de control más externo y mayores alteraciones psicopatológicas (Burguess, Morris y Pettingale, 1988) como depresión (Beekman et al., 2000; Burger, 1984;; Ganellen & Blaney, 1984; Grassi et al., 1997; Taylor & Armor, 1996), ansiedad (Beekman et al., 2000; Kreitler et al., 1997), mayor malestar psicológico (Kreitler et al., 1997) y pensamientos suicidas (Burger, 1984). Se ha comprobado además que un cambio de expectativas internas de control a expectativas externas de control ha tenido relación con intentos de suicidio posteriormente (citado por Burger, 1984).

Se ha hallado una asociación negativa entre Locus de control más interno y algunas alteraciones psicopatológicas evaluadas con el MMPI en 170 enfermos psiquiátricos y 20 personas de un grupo control; la asociación negativa ha sido con las subescalas de *Hipocondría, Depresión, Paranoia, Psicastenia y Esquizofrenia* (Sivley & Johnson, 1965).

Con respecto a las situaciones estresantes ya se ha señalado que la percepción de control sería un factor modulador de estrés. Por ello se ha afirmado que el Locus de control modera el efecto del estrés en la depresión o en la aparición de otras alteraciones psíquicas como consecuencia de dicho estrés (Ganellen & Blaney, 1984). Por otra parte, el uso de estrategias más adaptativas de afrontamiento cuando el nivel de control percibido es mayor podría asociarse a menor malestar psíquico ante las situaciones estresantes (Osowiecki & Compas, 1999).

Se ha hallado también que el percibir un alto grado de control se asocia con menor malestar psíquico en pacientes oncológicos (Osowiecky & Compas, 1998; Tomich & Helgeson, 2002); pero en otro estudio no se halla una relación significativa entre ansiedad y depresión con el control percibido en enfermas con cáncer de mama (Osowiecky & Compas, 1999).

La mayor percepción de control en enfermas con cáncer de mama, se asocia a mecanismos activos de afrontamiento más adaptativos, a una mayor autoestima, a autoeficacia y a competencia personal, lo que supone una mayor protección ante el estrés y por lo tanto una menor repercusión en la salud mental (Bárez Villoria, 2002).

3.- AFRONTAMIENTO Y LOCUS DE CONTROL

Lazarus y Folkman (1986) señalaron que la incertidumbre de una situación estresante puede limitar el sentido de control, lo cual repercute en que el estrés percibido sea mayor. No obstante, según Folkman (1984), la percepción de control personal no es una estrategia de afrontamiento.

En general se relaciona la percepción de un mayor control del individuo sobre una situación determinada con su mejor capacidad para afrontarla (Carver et al., 1989, 2000;

Ganellen & Blaney, 1984; Merluzzi & Martínez, 1997; Taylor Lichman y Wood, 1984), pues a mayor control percibido parece que es menor la amenaza y viceversa (Lazarus y Folkman, 1986). Dado que el afrontamiento tiene que ver con la percepción de control ante una situación, esta percepción de control influiría en la manera de afrontar enfermedades físicas como el cáncer (Brennan, 2001; Carver et al., 1989, 2000; Merluzzi & Martínez, 1997; Stone y Porter, 1995; Taylor et al., 1984) y de en la buena adaptación a las mismas (Taylor, 1984); ya que el diagnóstico de la misma y las circunstancias con las que se relaciona pueden suponer una sensación de pérdida de control (Brennan, 2001).

Algunos autores señalan la importancia de sentir que se tiene o se recupera el control en una situación de enfermedad para adaptarse adecuadamente a la misma (Brennan, 2001; Carver et al., 2000; Dunkel-Schetter et al., 1992; Moos y Schaefer, 1984; Moorey y Greer, 1989, Ray, Lindop y Gibson, 1982; Taylor, 1983). Para Moos y Schaefer (1984) es importante sentir que se tiene capacidad de ejercer algún control sobre la situación y consideran esta capacidad muy relacionada con la evaluación secundaria de Lazarus y Folkman.

Podría haber aspectos disposicionales en la percepción de control ante diferentes situaciones de la vida (Carver, 1989; Folkman & Lazarus, 1980; Scheier et al, 1986).

Si las las situaciones que se perciben como más controlables (cuando se tiene un Locus de control más interno), se pondrán en marcha estrategias de afrontamiento más activas, por ejemplo centradas en el problema; es decir, acciones para controlar el evento o sus consecuencias en una situación de enfermedad como un cáncer (como esfuerzos para cambiar la situación, búsqueda de información, seguir instrucciones médicas y tratamientos, tratar de resolver los efectos secundarios de los tratamientos y de la enfermedad, centradas en controlar el problema, etc.) (Carver et al., 2000; Folkman & Lazarus, 1980; Merluzzi & Martínez, 1997; Osowiecki & Compas, 1999; Rowland, 1989b; Scheier et al., 1986; Taylor & Armor, 1996); si la situación se percibe como menos controlable se utilizarían más estrategias dirigidas a las emociones o de tipo pasivo (Lazarus, 1974; Stone y Porter, 1995). En función de estos datos, se puede deducir que a mayor control percibido, las estrategias de afrontamiento son más adaptativas (Osowiecki & Compas, 1999). Por ejemplo, se ha hallado que los individuos que tienen un Locus de control interno usan con más frecuencia estrategias dirigidas a la resolución de problemas (Rowland, 1989b) que son más adaptativas que otras estrategias posibles, y que los individuos con un Locus de control más externo usan más la

evitación (Arraras et al., 2002). También se ha encontrado una asociación negativa entre Locus de control interno y la subescala del COPE de Centrarse en las emociones y desahogarse (Carver, 1989), por lo tanto, con un Locus de control más externo hay más tendencia a utilizar esta estrategia de afrontamiento que se considera poco adaptativa.

Por otra parte también se podría decir que si un estrés es excesivo y desborda las capacidades del individuo se puede percibir con más facilidad como no controlable (Osowiecki & Compas, 1999) y por lo tanto llevar a un uso de estrategias de afrontamiento menos adaptativas.

Taylor, Lichtman y Wood (1984) encontraron que la creencia en que uno puede controlar el cáncer o la creencia de que lo pueden controlar otros se asocia de forma significativa con la adaptación adecuada a la enfermedad.

Las dimensiones que tienen que ver con una menor percepción de control y con mayores tasas de amenaza como el “fatalismo” o el “desamparo-desesperanza” se asocian a un peor estado psíquico en enfermas con cáncer de mama. Las dimensiones que implican una mayor percepción como el “espíritu de lucha” que tienen que ver con percibir la situación como un reto tienen que ver con un mejor estado psíquico en las mismas pacientes (Ferrero, Toledo y Barreto, 1995).

Bárez Villoria (2002) ha encontrado en su tesis doctoral, en población española, con enfermas de cáncer mama, que un alto control percibido de la situación se relaciona con mayores puntuaciones en “espíritu de lucha”, “capacidad” y “competencia personal” (dimensiones evaluadas con la escala MAC) y menores en “indefensión”. Asimismo ese mayor control percibido se relaciona con mayor percepción de autoeficacia y de competencia personal. Además, se encuentra una clara relación entre un mayor control percibido y una mejor adaptación a la enfermedad. No estudia específicamente el Locus de control, pero se puede encontrar fácilmente el paralelismo entre mayor control percibido y Locus de control interno.

4.- ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE LOCUS DE CONTROL EN ENFERMOS ONCOLÓGICOS

Son muy pocos los trabajos existentes en los que se evalúe el Locus de control según el modelo de Rotter en enfermos con cáncer. Los estudios existentes se centran en cánceres específicos (diferentes al de pulmón), en actitudes previas al diagnóstico, en supervivencia, se utilizan otros cuestionarios de Locus de control o en otras variables que no tienen relación con los objetivos del presente estudio.

A continuación hacemos una relación de los más relevantes, que pueden ser útiles de cara a establecer comparaciones con el presente trabajo:

- Burguess, Morris y Pettingale (1988) estudiaron a personas con cáncer (n=178) recién diagnosticado (cáncer de mama y linfoma). Los que tenían un Locus de control más interno tuvieron una respuesta positiva o de mayor confrontación ante el diagnóstico y menores alteraciones psicopatológicas. Los que tuvieron una respuesta de desesperanza ante el diagnóstico tenían un Locus de control más externo. La escala que se usó fue la de Locus de control de salud.
- Grassi y colaboradores (1997) investigaron en 113 pacientes con cáncer, al año del diagnóstico la relación entre depresión y otras variables psicosociales entre las que estaba el Locus de control. Encontraron que los pacientes con un diagnóstico de depresión, según criterios CIE-10, tenían un Locus de control más externo que los que no estaban deprimidos. Evaluaron el Locus de control con una versión abreviada del cuestionario de Rotter (ELC-S).
- Kreitler y colaboradores (1997), en un estudio prospectivo con enfermas de cáncer de mama (n=96) sobre predictores psicológicos y médicos de la enfermedad, obtuvieron una media de 10,57 en la escala de Rotter. Se encontró relación de Locus de control más externo con adaptación a la enfermedad, especialmente con las dimensiones de malestar psicológico y la escala global de adaptación a la enfermedad. También se encontró una fuerte asociación entre Locus de control más externo y ansiedad.

- Arraras y colaboradores (2002) compararon un grupo de pacientes con cáncer y dolor con otro grupo de enfermos con dolor crónico pero sin cáncer y hallaron que los enfermos con cáncer tienen un Locus de control más externo que los otros enfermos. En el mismo estudio se encontró una asociación significativa entre estrategias de afrontamiento mediante evitación y un Locus de control más externo.
- Pinquart, Frölich y Silbereisen (2007), hicieron un estudio comparando un grupo de pacientes (n=150) y un grupo control (n=150). No hallaron diferencias entre ambos grupos en el Locus de control de salud. Encontraron que había una asociación negativa entre mayor sentido de la vida y Locus de control de salud más externo. A lo largo del tiempo, el Locus de control se iba haciendo más externo.

VIII.- SENTIDO

1.- CONCEPTO DE SENTIDO

La psicología existencial considera que la persona es un ser cuya tarea fundamental consiste en la búsqueda y realización de un sentido (Kobasa y Maddi, 1977).

Según el diccionario de la Real Academia Española (2001) el término sentido tendría varios significados, siendo los más cercanos al tema que nos ocupa los siguientes: “*Modo particular de entender algo, o juicio que se hace de ello*”, “*inteligencia o conocimiento con que se ejecutan algunas cosas*”, “*razón de ser, finalidad*”. Pero estas definiciones no reflejan adecuadamente la complejidad del concepto tal y como se ha desarrollado desde la perspectiva de la psicología.

La búsqueda de sentido tendría que ver con la búsqueda de una inteligibilidad o de significados de la realidad, o de una lógica intrínseca a todo lo que sucede. Dicha búsqueda asume que el mundo es predecible y controlable, que tiene sentido y que funciona según principios de bondad y justicia, por lo que podemos tener confianza en él (Janoff-Bulman, 1992); es decir, normalmente partimos de la idea de que nuestra realidad tiene algún significado o se lo atribuimos, buscamos fundamentos y explicaciones tanto desde una perspectiva general, como para cada una de las situaciones que podemos encontrar. El sentido se podría entender entonces como una *Gestalt* que da significados y que emerge de la experiencia interna en contacto con la realidad externa (Längle, 2005). En relación con estas ideas se ha considerado que la búsqueda de sentido implica dos componentes: la búsqueda de un orden (introduciendo un evento dentro de un contexto más amplio, una representación cognitiva que proporciona una serie de esquemas vitales) y de un propósito (percepción de una misión o meta) (Thompson & Janigian, 1988). Desde esta última perspectiva, encontrar sentido tendría que ver con reestructurar los esquemas vitales, para que se recupere la sensación de que hay un orden y un propósito en la vida. Dichos esquemas además proporcionan una idea del lugar que uno ocupa en el mundo.

Crumbaugh (citado por Frankl, 1999a) considera que la atribución de significado tiene algo que ver con una percepción *gestáltica* (punto en el que se ven semejanzas con las ideas de Längle ya expuestas), pues la atribución de un significado a la realidad tiene que ver con la percepción y con el deseo de leer significados en las claves ambientales, de interpretar y organizar los elementos en todos que resulten significativos. Desde su perspectiva habría unas

tendencias innatas hacia la organización perceptual, de lo que se podría deducir que en el ser humano hay una aspiración hacia la organización de la experiencia en forma de patrones ontológicamente significativos. Antonowski (1987) aporta una perspectiva similar al afirmar que el sentido tiene que ver con la existencia de estructuras cognitivas que proporcionan significados a las diferentes situaciones de cada día y dichos significados proporcionarían coherencia a la existencia. Pero para Frankl (1999a) habría algo más que la percepción del entorno como una totalidad significativa, ya que el hombre también aspira a hallar una interpretación que le revele a él mismo como individuo con un propósito importante que cumplir.

Como ya se ha señalado previamente, la búsqueda de sentido tendría que ver con el esfuerzo por intentar comprender algo, sea una situación determinada o la vida en general. Además, tendría que ver con la necesidad de integrar experiencias nuevas en un nuevo modelo de la realidad que sea más amplio para integrar las experiencias no previstas como el hecho de padecer un cáncer (Taylor, 1995).

El sentido también se vería influido por el contexto cultural, las experiencias pasadas, el nivel de conocimientos y los sistemas de creencias de cada uno (Lipowski, 1970).

Desde la perspectiva de la Logoterapia de Frankl (1988, 1990a), el sentido es aquello que confiere significado a la vida, un propósito o una función que realizar, a la vez que proporciona un soporte interno a la existencia. El sentido podría realizarse, por ejemplo, a través de una misión que cumplir y respondiendo a cada situación de la vida de una manera responsable. Para Frankl (1999a) el deseo de significado del hombre, sería una necesidad específica no reducible a otras necesidades y estaría presente en mayor o menor grado en todos los seres humanos y podría llevar al ser humano a su autoactualización, es decir, a traer al presente sus potencialidades. Dentro de esta perspectiva, cada persona tendría que buscar su propio significado, pues aunque existan significados comunes posibles entre diferentes personas, que pertenecerían al ámbito de los valores, es fundamental que cada uno halle por sí mismo sus propios significados. Habría además que señalar que el sentido no lo construye uno según su conveniencia, sino que uno tiene la posibilidad de descubrir cuál es el sentido en función de las diferentes situaciones de su vida y mediante la comprensión de uno mismo para saber cuál puede ser su actitud ante la vida o ante una situación determinada (Frankl, 1988, 1990a; Längle, 2005). En contraposición con estas ideas de Frankl y Längle, que suponen un

sentido real que hay que descubrir, para Yalom (1984) el sentido es creado por el individuo y no es algo preexistente y tendría que ver con la necesidad de búsqueda de coherencia y propósito en la existencia (aspecto en el que coincide con los dos autores previamente citados).

Otro punto importante que se ha señalado sobre el sentido, en la literatura, es que lo importante no es el tipo de sentido que se encuentre, sino que dicho sentido resulte satisfactorio en la vida en general o en una situación concreta (Davis, 2000).

Länge (2005) habla de un *sentido personal*, que define como un logro complejo del espíritu humano y que surge en la confrontación individual con los desafíos del mundo y del propio ser. Dicha confrontación sería constante, en cada momento de la vida y nos daría la posibilidad de desarrollar nuestro potencial. Este autor relaciona dicho sentido con cuatro condiciones fundamentales que relaciona con motivaciones existenciales. Las cuatro condiciones referidas serían las siguientes:

- 1) La indagación sobre el propio ser, para lo que sería necesario la percepción de protección, espacio y soporte que darían la confianza básica en la realidad, que se supondría necesaria para dicha indagación. Ante esta indagación el ser humano tendría que tomar una parte activa aceptando los aspectos positivos de la realidad y soportando los que no puede cambiar
- 2) El buscar una relación positiva con la realidad para valorarla. Se traduciría en relaciones interpersonales valiosas, tiempo para la relación y cercanía con las cosas.
- 3) El de encontrarse con uno mismo de forma satisfactoria y de tener una identidad real. La manera de realizar esta condición sería mediante la atención, la búsqueda de la justicia y de la valoración de uno mismo. Una posibilidad de autodescubrimiento sería mediante el “encuentro” interpersonal que representaría un puente de comunicación genuina con los demás.
- 4) Tener un propósito en la vida. Para ello haría falta un campo de actividad, un contexto que proporcione una estructura y algo valioso que realizar en el futuro. Todo ello permitiría dedicarse a una acción y finalmente una forma personal de

creencias religiosas. Habría que tener en cuenta que cada situación genera interrogantes y que una actitud de apertura posibilita el acceso existencial al sentido de la vida. Podemos encontrar una clara relación entre esta cuarta posibilidad y el sentido de la vida según lo concibe Víctor Frankl.

Längle (2005) hace además una distinción entre el *sentido existencial*, que tiene que ver con lo que es posible aquí y ahora en base a los hechos de la realidad y el *sentido ontológico* que sería un sentido más global de la realidad en el que uno se encuentra a sí mismo, pero que no depende de él; tendría más que ver con un sentido filosófico o religioso.

Thompson y Janigian (1988), hacen otra distinción entre el *sentido implícito*, que equivaldría a una evaluación o toma de conciencia del sentido de una situación, de la *búsqueda de sentido* que tendría que ver con cómo un evento se encaja en el esquema vital de la persona, de tal forma que la visión del mundo y de uno mismo se vieran como compatibles.

Fife (1994) define el sentido como la percepción del significado potencial de un evento para uno mismo, además del plan de acción desarrollado al respecto. Lo concibe como un continuum que va de lo positivo a lo negativo, lo cual incluye las percepciones individuales de cómo se está viviendo una situación. Para esta autora el sentido es un fenómeno dinámico que cambia a lo largo del tiempo, ante acontecimientos y en contextos en que los eventos ocurren. Diferencia dos tipos de sentidos: el “sentido de uno mismo” (*self meaning*) y el “sentido contextual” (*contextual meaning*). El sentido de uno mismo estaría relacionado la percepción del efecto de un suceso en los diferentes aspectos de la propia identidad, mientras que el sentido contextual pertenece a las características percibidas del suceso por sí mismo así como de las circunstancias sociales que lo rodean.

Para Frankl (1990a, 1994, 1999a), el sentido estaría también relacionado con la auto-trascendencia, es decir, la posibilidad de ir más allá de uno mismo ayudando por ejemplo a los demás o abriéndose a la dimensión espiritual. En palabras de Frankl: “Ser hombre significa estar preparado y orientado hacia algo que no es él mismo” (Frankl, 1994, p.37). También Reed (1991), relaciona la idea de sentido con la de auto-trascendencia, concebida como un fenómeno de desarrollo que implica la extensión de los propios límites a una visión más amplia de las perspectiva de la vida y sus propósitos, que fortalecería el propio sentido de

identidad con un entorno cada vez más grande; esta extensión del sí mismo (*self*), llevaría a un nuevo significado del sentido o del propósito de la vida.

También se puede concebir el sentido en relación con la búsqueda de un propósito ante las situaciones negativas, de crisis o de enfermedad, tal y como muestran algunos autores (Davis, 2000; Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; Frankl, 1988, 1994, 1990b; Lee, 2004; Moos & Schaefer, 1986; O'Connor et al., 1990; Taylor, 1983; White, 2004). Desde esta perspectiva, el sentido se podría concebir como el objetivo de una lucha cognitiva que proporciona un significado a una situación de crisis, consiguiendo encajar dicha situación en el contexto de los otros aspectos de la vida y por lo tanto consiguiendo una mejor adaptación a la situación (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998, 2000; Lee, 2004; Moos & Schaefer, 1986; O'Connor et al., 1990; Taylor, 1983; White, 2004). De forma similar Taylor (1983) argumenta la adaptación a situaciones muy estresantes está determinada parcialmente por la habilidad del individuo de encontrar un sentido (positivo) a la situación negativa. Para Frankl, la búsqueda de sentido en mitad de una situación dolorosa (como por ejemplo, mediante la búsqueda de elementos positivos de la misma, mediante la búsqueda de un sentido superior o dándole un sentido a través encontrar de la mejor actitud posible ante lo que está pasando) sería lo que condicionaría la respuesta ante la misma (Frankl, 1988, 1994, 1990a, 1990b). Por lo tanto, el sentido podría tener un papel muy importante en la adaptación a una situación estresante.

Desde la perspectiva de la antropología (Castellote, 1999) el sentido parte de una interpretación sobre el significado de la vida y a su vez dicha interpretación surge de una determinada posición vital. Una posición que lleva al conocimiento de uno mismo y de su entorno a través de las preguntas que se puede plantear sobre que es la vida en general y sobre que es la propia vida en particular. Pero estas preguntas han de tener un sustrato antropológico, es decir, tener una visión previa sobre lo que es el ser del hombre, sobre su propio sentido, de una forma global, evitando así reduccionismos. Además de preguntarse por su propio ser, el hombre, habrá de buscar el para qué de su vida, descubriendo que el hombre tiene como tarea fundamental el hacerse a sí mismo, pues su propia persona podría ser una posible tarea.

La búsqueda de sentido también se podría considerar como una tarea eminentemente filosófica, pues desde dicha disciplina es desde la que surgen más observaciones y reflexiones

sobre lo que es la realidad, el ser, su fundamento o sentido, etc. Por ejemplo, para Heidegger (citado por Levinas, 1994) el origen de todo sentido estaría en el ser y su comprensión tiene que ver con todo lo que es sensato, es decir, con algo que resulta inteligible y coherente. Levinas (1994) refiere que desde la filosofía se plantea la idea de cierto significado del ser y que el pensamiento busca “*la ocasión de volver a encontrarse con una posible idea del ser*” (p. 149); la filosofía relacionaría todo significado con el ser que se haría presente en una conciencia. Esta aportación de Levinas es similar a la idea que plantea Frankl (1999a) de que el sentido se percibiría a través de la conciencia que sería por lo tanto el *órgano de sentido*. La conciencia tendría la capacidad intuitiva de percibir el sentido único e irrepetible que está escondido en cada situación, aunque dicha conciencia también podría hacer que el hombre se equivocara en su percepción.

La antropología y la filosofía, así como toda ciencia que estudie al hombre, pueden enriquecer nuestra perspectiva estructurando y descubriendo nuevos aspectos del hombre para ir engarzándolos entre sí, buscando su sentido. El sentido del hombre es por esta razón uno de los objetivos específicos de la filosofía, aunque la pregunta por el sentido del hombre sería más de tipo antropológico en estrecha relación con la filosofía y las ciencias que estudian la mente humana. Para la antropología la pregunta relacionada con el sentido es sobre lo que es el hombre. Desde esta disciplina, el ser humano no es un sinsentido, sino un ser con sentido abierto, en relación consigo mismo y con su entorno. Cualquier fenómeno particular sólo cobraría sentido en su estructuración dentro de un todo o en un entorno más amplio que el referente al fenómeno particular (Castellote, 1999). En relación con esta idea Frankl (1999a) argumenta que hay un punto en el que se fusionan el sentido y el ser. Esta es la razón por la que la comprensión premoral del significado se enraizaría en la comprensión prelógica del ser, y ambas se enraizarían en un autoconocimiento ontológico previo a cualquier tipo de reflexión sobre uno mismo (Frankl, 1999a).

El sentido está además siempre ligado a las situaciones únicas e irrepetibles de la vida de cada uno y a las posibilidades de sentido que se pueden considerar universales, que serían los valores. Dichos valores consistirían en principios morales, éticos y estéticos que están vinculados a la perspectiva vital de cada uno. A diferencia de los significados personales, que son únicos, los valores son más o menos universales, en cuanto que son compartidos por grandes segmentos de la población; podrían considerarse como significados universales

dentro de una cultura determinada que ayudar a dar estructura y a configurar el sentido (Frankl, 1990a).

Frankl (1994) relaciona la búsqueda del sentido o “voluntad de sentido” con la motivación que justifica la existencia y la ha relacionado con la normalidad psíquica. Según Frankl (1988), el proceso de buscar sentido, es un esfuerzo humano básico esencial para la vida humana y para la adaptación a cualquier situación de sufrimiento o enfermedad. Su importancia sería tal que la frustración del deseo de significado jugaría un papel relevante en el origen de la neurosis o en la falta de deseos de vivir (Frankl, 1999a). Frankl afirma que la existencia o la búsqueda de un sentido a la existencia sería un criterio fiable de salud mental (Frankl, 1999a). En paralelismo con estas ideas, Maslow (1993) también da una gran importancia al sentido al considerar el deseo de significado la principal preocupación del hombre. Veremos más adelante como diferentes datos empíricos apoyan la idea de la conexión entre el sentido y una mejor salud mental.

Diferentes autores han conectado la idea de sentido con la búsqueda de un sentido de la vida, del sufrimiento o incluso de situaciones de enfermedad o de la muerte (Frankl, 1990a, 1990b, 1994, 1999b; Lukas, 2002; Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998).

Por otra parte la búsqueda de sentido también se ha relacionado con la libertad, pues sin libertad no es posible encontrar un sentido y actuar como consecuencia con responsabilidad ante el mismo (Frankl, 1990a, 1990b, 1994, 1999b).

A pesar de las numerosas acepciones y definiciones del término sentido, podemos darnos cuenta de que aún quedan puntos poco claros y confusos que precisan ser clarificados sobre el concepto de sentido (White, 2004).

2.- SENTIDO DE LA VIDA

“El sentido de la vida no se puede inventar sino que tiene que ser descubierto”

(Frankl, 1990a, p.84)

“El hombre que piensa que su vida no tiene sentido no es que sea infeliz, es que no sirve para vivir”

Einstein (citado por Frankl, 1999b, p.178)

2.1.- Concepto

El concepto de sentido, como se ha explicado previamente, tiene que ver con la búsqueda de significados o propósitos en la propia vida (Frankl, 1988, 1990, 1999a, 1999b; Längle, 2005); significados que se pueden buscar de forma global (de todo lo que existe en su conjunto o de toda una vida) (Frankl, 1988 1990, 1999a, 1999b) o en relación con circunstancias específicas para tratar de comprender su significado (Frankl, 1988, 1990, 1999a, 1999b). Además, se podría plantear la posibilidad de un sentido último de todo (Frankl, 1999a). Park y Folkman (1997) también han hecho una distinción similar al diferenciar entre sentido global y sentido situacional. La idea de un sentido situacional es similar a la del sentido contextual de Fife (1994). Para Frankl (1988, 1990, 1999a, 1999b), Längle (2005), Park y Folkman (1997) el sentido global serían las metas básicas y las asunciones fundamentales, creencias y expectativas sobre el mundo; el sentido situacional estaría en relación con la interacción entre creencias globales y las metas de una persona en una determinada situación, lo que sería perfectamente aplicable para cualquier experiencia adversa, como lo es el hecho de tener un cáncer. Este sentido situacional tiene grandes semejanzas con el concepto de evaluación cognitiva propuesto por Lazarus y Folkman (1986).

Según Viktor Frankl (1988) la lucha por encontrar un significado en la propia vida constituiría la primera fuerza de motivación del hombre y sería posible encontrar un sentido a la vida a pesar de las dificultades que nos pudiéramos encontrar. Dicho sentido no sería universal para todos los seres humanos, pues cada uno habría de hallarlo por sí mismo en función de sus propias circunstancias, de la situación personal concreta que se le planteara en cada momento, de los propios objetivos en la vida y de las posibilidades reales. En palabras del propio Viktor Frankl (1988a): *“No deberíamos buscar un sentido abstracto a la vida, pues*

cada uno tiene en ella su propia misión que cumplir; cada uno debe llevar a cabo un cometido concreto” (p. 107), *“su tarea es única, como única es su capacidad para instrumentarla”* (p. 107).

Para Frankl (1988, 1990a), no es el hombre quien hace la pregunta ¿cuál es el sentido de la vida?, si no que es a él a quién se le hace esta pregunta. Cada hombre sólo puede responder a la vida, respondiendo con su propia vida, en su situación concreta. Cada situación sería como una llamada, primero a escuchar y luego a responder. El significado debe hallarse, no puede darse. No hay respuestas estándar ni fórmulas mágicas para hallar un sentido a la vida. Aunque haya factores comunes entre las personas que han encontrado sus respuestas, cada uno ha de llegar a su propia solución por sí mismo. También hay que señalar, desde esta perspectiva, que a la vez que se busca un sentido en la vida, dicha búsqueda es una fuente de motivación para seguir viviendo y para asumir las propias responsabilidades.

Según Frankl (1988, 1990a, 1994, 1999b) el sentido de la vida se puede encontrar, entre otras posibilidades, mediante la realización de valores de creación, experienciales y de actitud. Dichos valores se explican a continuación:

- 1) Valores de creación: se pueden desarrollar mediante actos creativos. Por ejemplo realizando un trabajo o una actividad en la que se hace algo. El hombre que se realiza a través de estos valores predominantemente será el que Frankl denomina *homo faber*. Yalom (1984) coincide en este planteamiento, ya que considera que una vida creativa tiene de por sí significado, y la posibilidad de ser creativo en cualquier actividad aumenta el valor de la vida. Además la creatividad, según este autor, se puede equiparar con el altruismo si se utiliza para mejorar la condición del mundo y descubrir la belleza para proporcionar placer a los demás. Yalom (1984) añade que otra faceta de la creatividad sería el descubrimiento de uno mismo y el fomentar el crecimiento de otros; por ejemplo, en la relación de amor se abriría una nueva dimensión a la creatividad, al aplicarla para hacer que nazca algo positivo en la otra persona.
- 2) Valores experienciales: tienen que ver con sentir o experimentar algo. Consisten en desarrollar la capacidad de vivir intensamente las circunstancias, disfrutando, experimentando algo o sintiendo amor por otras personas. Según Längle (2005),

estos valores se pueden desarrollar cuando la esencia de una situación es valiosa por sí misma.

- 3) Valores de actitud: son los que el hombre puede realizar cuando no puede desarrollar valores experienciales o de creación, como puede suceder ante una situación de gran sufrimiento que no se puede cambiar. Entonces aún le quedaría a la persona la posibilidad de elegir la actitud que tomar, aunque todas las circunstancias se volvieran en contra. Dicha actitud sería un cambio desde el interior de uno mismo. Por ejemplo, la persona podría decidir centrarse en la posibilidad de desarrollo personal a pesar de sus dificultades o tomarse dichas dificultades como un reto. El hombre que se pudiera realizar a través de estos valores sería el *homo patiens*.

Además de la realización de estos valores, para Frankl (1988, 1990a, 1994, 1999a), el sentido de la vida se puede hallar mediante la auto-trascendencia, buscando una tarea que va más allá de uno mismo (por ejemplo, ayudando a otras personas o dirigiendo su vida hacia Dios o hacia una dimensión espiritual). La auto-trascendencia también sería para Yalom (1984), una vía para encontrar sentido. Según Reker (1994) la auto-trascendencia sería una fuente de sentido que proporcionaría un mayor grado de sentido último y según los hallazgos de este autor, la autotrascendencia es una variable que se asocia fuertemente con diferentes dimensiones del sentido.

Para Frankl (1988, 1990a, 1994, 1999a), también es posible encontrar sentido a diferentes aspectos de la vida como el amor (entendido como única manera de relacionarse con el otro en lo más profundo de la personalidad) o el sufrimiento (buscándole un sentido, trascendiéndolo o eligiendo una determinada actitud ante el mismo).

Frankl (1988) afirma que el hombre ha de soportar las tensiones y orientarlas a los valores, pues si trata deshacerse de ellas a cualquier precio lo único que puede conseguir es engañarse o evitar el enriquecimiento que dicha situación le puede proporcionar. Frankl (1990a), al contrario que Freud no considera que las motivaciones básicas partan de un principio de homeostasis dirigido al alivio de las tensiones, sino que el hombre ha de esforzarse en buscar una meta o un sentido dignos de él. Las tensiones entre el ser y el deber forman parte de la vida humana, pues siempre hay una distancia entre el yo real y el ideal que

generan una tensión a ser superada. La lucha por superar esta distancia es la lucha por la autorrealización o realización de las propias potencialidades. Una cierta tensión es saludable para la vida porque impulsa al hombre a buscar el sentido de su existencia mediante la consagración a una causa que vaya más allá de sí mismo, orientada hacia algo fuera del yo (es decir, mediante la auto-trascendencia).

La consecución de un sentido vital a través de diferentes posibilidades descritas no quiere decir que sean excluyentes entre sí; la mayoría de las personas logran sus significados a través de varias posibilidades distintas simultáneamente (Frankl, 1988, 1990a, 1999b).

Las posibilidades que darían significado a la vida según Yalom (1984) serían: el adaptarse a un sentido cósmico preestablecido, el altruismo, el dedicarse a una causa, la creatividad (haciendo algo o tratando uno de descubrirse a sí mismo), el compromiso con la realidad, el hedonismo, la autorrealización y la autotrascendencia.

Yalom (1984) diferencia entre sentido de la vida a nivel individual que es equiparable con el significado de la propia vida y el sentido de la vida dentro de un significado cósmico. El significado individual consistiría en vivir la propia vida como algo que tiene un propósito o una función que cumplir. El sentido de la vida dentro de un significado cósmico implicaría que existe un diseño previo, externo y superior al individuo, que invariablemente se referiría a una ordenación del universo que podría ser de tipo espiritual o de tipo mágico. Dicho significado cósmico puede proporcionar una meta y un papel que cumplir en la vida o al menos una orientación. El sentido individual puede consistir en la armonización con el significado cósmico, ya que el significado cósmico puede proporcionar una meta, un papel y una guía para saber cómo se debe vivir la vida. Si embargo a veces uno puede no comprender cuál es su lugar en este gran diseño o pensar que su conducta le ha hecho perder su puesto en dicho plan, lo que supondría un sufrimiento más por un sentimiento de culpa que por la falta de sentido.

Hoy en día, según Yalom (1984), muchos de los significados que este autor llama cósmicos, están más apartados de la realidad que antaño, por lo que no hay esos sistemas de referencia universales (como las religiones o sistemas de creencias de una determinada cultura) que pueden proporcionar guías o apoyos ante la realidad o ante la posibilidad de creer que hay un sentido más amplio de la existencia. En relación con esta idea, Jung (1998)

muestra una posición más radical al plantear que nadie puede curarse psíquicamente o encontrar un sentido a su vida sin recuperar sus creencias religiosas, y que el propósito de la vida sería entonces completar la labor de Dios en lo relativo a la creación, pues el ser humano sería el que habría de completar dicha creación.

Según Yalom (1984), para la mayoría de los sistemas existenciales (teológicos o ateos) de Occidente, lo bueno y lo correcto es sumergirse en la corriente de la vida. Existiendo aparte de una posibilidad religiosa de sentido, otras actividades no religiosas que posibilitan dicho sentido como el altruismo, teniendo todas ellas en común que son buenas, correctas, satisfactorias y que no necesitan justificarse en ninguna otra motivación. Yalom (1984) también muestra la posibilidad de una visión hedonista del sentido de la vida, cuyo fin supone que es la búsqueda de lo más placentero y agradable y que esta perspectiva incluiría en última instancia todas las demás soluciones encaminadas a la búsqueda de dicho sentido en la vida; viendo en el sacrificio una inversión en un placer futuro. En contraposición con esta idea, Frankl (1990a) hace una crítica al principio freudiano de placer, afirmando que esta motivación siempre se derrota a sí misma, ya que cuanto más buscamos la felicidad, más se nos escapa, pues la felicidad sucede y no podemos perseguirla. Por lo tanto, el placer no sería la meta final, solo sería un producto derivado de la búsqueda de significado del ser humano. Sin embargo podemos hallar un cierto paralelismo entre la búsqueda de experiencias agradables y los valores experienciales propuestos por Frankl, pero Frankl añade el matiz de que no pueden ser el principal objetivo en pos de la felicidad (Frankl, 1990a).

Maslow (1993) mostraría la autorrealización como otra posibilidad de realizar el sentido de la vida. Dicha autorrealización consistiría en poner en práctica todas las potencialidades que cada uno tiene, realizando su “ser interno”, de tal forma que podríamos vivir para realizar nuestra capacidad potencial. El ser humano lleva en su interior una propensión al desarrollo y unidad de la personalidad, un conjunto único de características y un impulso automático a expresarse. La concepción de este autor de la persona es evolucionista, pues afirma que el ser humano está construido de tal manera, que lucha por conseguir un ser que sea cada vez más pleno; lo cual significa luchar por aquello que la mayor parte de la gente llama valores positivos, como la serenidad, la bondad, el valor, la honestidad, el amor y el altruismo.

Según Yalom (1984) y Frankl (1990a, 1994), el hedonismo y la autorrealización se centran en uno mismo; sin embargo el altruismo, la consagración a una causa y la creatividad trascienden los límites del propio yo para tratar de alcanzar algo externo y superior a uno mismo (Yalom, 1984).

Frankl (1990a, 1994) considera que el preocuparnos excesivamente por la autoexpresión y la autorrealización, puede desviarnos del significado genuino, ya que los seres humanos vuelven a preocuparse excesivamente por sí mismos sólo si se les ha escapado el significado que la vida tiene para ellos. En las relaciones interpersonales, por ejemplo, el centrarse en uno mismo puede dificultar la relación, al no preocuparse uno por el ser del otro (Yalom, 1984), idea en la que coincide con Maslow (1993), aunque inicialmente pareciera haber discrepancia en estos puntos. Para Maslow (1983) la persona completamente realizada no se preocupa por la expresión de uno mismo, tiene un sentido firme del yo y se preocupa por el bien de los demás en lugar de utilizarlos como un medio para expresar su yo o para llenar algún vacío personal. Yalom (1984), en sintonía con estas ideas, afirma que los individuos autorrealizados se consagran a metas que trascienden su propio yo.

También habría que tener en cuenta que los significados de la existencia humana no son los mismos a lo largo de la vida, tal y como plantea Erik Erikson (1950). Por ejemplo en la adolescencia y primera juventud uno está más preocupado por sí mismo, por establecer una identidad estable, por desarrollar relaciones íntimas y por conquistar un sentido de dominio en el terreno profesional. En edades posteriores ya se establecen significados más trascendentes (más allá de uno mismo) y hay más posibilidades de altruismo. Yalom (1984) también refiere que el sentido de la vida debe contemplarse desde una perspectiva que permita apreciar su desarrollo, pues los tipos de significado cambian a lo largo de la vida ya que hay otras tareas en el desarrollo que tienen que cumplirse antes de conseguir el desarrollo de los significados. Yalom (1984) concibe que a lo largo del ciclo vital la persona se rige por diferentes objetivos: en el niño sería la búsqueda del principio de placer freudiano, el adolescente buscaría la el principio de poder adleriano y el adulto maduro se regiría por la voluntad de significado. También para Meier y Edwards (1974), en cada época de la vida, se desarrollan predominantemente un tipo de valores; los experienciales alcanzan su máxima expresión entre los 13 y 15 años, los de creación alrededor de los 40-45 años y los de actitud sobre todo a partir de los 65 años. También se ha señalado que el descubrimiento de un propósito y sentido

en la vida requiere madurez, por lo que dicha posibilidad aumenta a medida que pasan los años (Reker, 1994).

Desde la antropología también se destaca la necesidad de responder a la pregunta sobre el sentido de la vida como algo fundamental y se relaciona con tener una tarea que ilusione y con la necesidad de enfrentarse con las grandes verdades de la existencia. También el sentido de la vida se puede describir como la percepción de la trayectoria satisfactoria o insatisfactoria de la vida, tratar de prever a donde puede llevar, teniendo una percepción de su orientación general y de su destino final, buscando una tarea que cumplir en ella. En relación con la búsqueda de la felicidad del ser humano, en el sentido de la vida no se identifica dicha búsqueda, pero es condición de ella, pues cuando falta, comienza la tarea de encontrar un motivo para la vida (Yepes & Aranguren, 1999).

2.2.- Perspectiva filosófica

En la filosofía también el sentido de la vida ha sido motivo de reflexión para diferentes autores. Por ejemplo, Levinas (1994) expresa lo siguiente: *“el ser humano no es una razón universalmente encarnada o individualizada, sino que significa una intriga propia, una ruptura en la cual la gesta del ser se cubre de sentido o, tal vez, se deshace en sentido”* (p.40). En su concepción de la existencia humana, entendida como el *Dasein* (ser-en-el-mundo) de Heidegger (citado por Levinas, 1994), dicha existencia se deja definir en tres estructuras: *estar por delante de sí* (proyecto-futuro), *estar ya en el mundo* (facticidad-pasado), estar en el mundo como *estar al lado de* (al lado de las cosas-presente). Así que el *Dasein* o “ser-en-el-mundo” sería la tarea de ser, como posibilidad que debe aprovecharse, apareciendo finalmente la unidad del yo solamente cuando ha transcurrido el tiempo de cada vida: *“la totalidad se completaría en el mismo momento en el que la persona deje de ser persona”* (p.43). Es decir, es en el momento de su muerte cuando la persona podría ver el sentido global de su vida.

Kierkegaard (1993) señala que la dirección que le damos a nuestra vida y la cuestión del sentido, están unidas a una comprensión profunda de uno mismo. Para este autor es fundamental empezar por conocerse uno a sí mismo para que esta autocomprensión íntima ayude a descubrir el propio camino y el sentido de la vida.

Buber (citado por Yalom, 1984) considera que aunque los seres humanos deben empezar por ellos mismos (indagando en sus corazones, integrándose a sí mismos y buscando sus significados personales), no deben también terminar en ellos mismos. Para Buber los seres humanos tienen un significado más amplio que la salvación de sus almas individuales, pues de hecho, la persona preocupándose excesivamente por obtener un buen puesto personal para la eternidad, lo puede perder por perder el fundamento de sí mismo.

Una posición filosófica contrapuesta a las de la posibilidad del sentido es la del “absurdo” que plantea Camus (1985). Este autor considera que el “absurdo” es la posición básica de los seres humanos en el mundo, ya que buscan significados en un mundo que carece de ellos. Este autor también considera que si no hay absolutos que sirvan como punto de referencia, todo puede tomarse con indiferencia y como consecuencia se puede caer en una actitud nihilista. Pero a pesar de su visión aparentemente negativa, acaba elaborando una visión de significado basada en el humanismo, mediante la cual podemos construir un nuevo significado para la vida enfrentándonos al centro de la carencia de sentido, llegando entonces a una postura de “nihilismo heroico”. Dicha postura consistiría en aprender a vivir con dignidad de cara al absurdo, trascendiendo la indiferencia del mundo mediante la rebelión orgullosa. Este autor acaba rebelándose contra el absurdo mostrando la posibilidad de una revolución fraternal en nombre de la solidaridad a la humanidad (Camus, 1994). Su perspectiva que comienza con el nihilismo y la falta de significado, creó posteriormente un sistema de significados personales que abarca la realización de una serie de valores determinados.

Cercana a la posición de Camus, está Sartre (citado por Yalom, 1984) para el que el mundo no tiene sentido, pues todo lo que existe ha nacido sin ninguna causa. Para él nuestro nacimiento no tiene sentido alguno, ni tampoco lo tiene el hecho de morir. Sin embargo, suele escribir sobre personajes que encuentran una razón para vivir y tienen unas referencias morales que guían su conducta, a través de una búsqueda de valores tratan de hallar una base en su vida, por ejemplo a través de la acción, la libertad, el servicio a los demás y sobre todo el compromiso. Sartre coincide con Camus en que ambos afirman que el ser humano ha de hallar sus propios significados por sí mismo y luego comprometerse plenamente a realizarlos a través de un proyecto fundamental que quiera desarrollar en su existencia (citado por Kroeff, 1999).

2.3.- Conclusión sobre el sentido de la vida

Ante la idea de que el sentido de la vida es algo relevante en la existencia humana podemos deducir que también puede ser importante en situaciones de crisis como pueden ser la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, que al ser aspectos que forman parte de toda vida humana han de ser considerados y comprendidos para poderlos encajar dentro de un sentido global de la existencia humana.

3.- SENTIDO DE LA VIDA Y SALUD MENTAL

El sentido de la vida es lo que da significado y ayuda a encontrar un soporte interno a la existencia. Sin dicho soporte interno es más probable que la psique se vuelva frágil y, por consiguiente, llegue a enfermar. Esto no quiere decir que la enfermedad psíquica se origine exclusivamente en la ausencia de sentido de la vida, sino que tal vez el sentido sea un factor importante para explicar, entender y prevenir la enfermedad mental, e incluso podría darnos pautas de cara a un tratamiento psicoterapéutico

Diferentes autores han propuesto que la percepción de que la propia vida tiene sentido y propósito es crítica para la autoestima y el bienestar (Antonovsky, 1987; Frankl, 1988, 1990a, 1994; Janoff-Bulman, 1992; Reker, 1994; Thompsom & Janigian, 1988) y por lo tanto para una buena salud mental (Frankl, 1999a; Reed, 1991; Voogt, 2004; Zika & Chamberlain, 1992).

Sobre el sentido de la vida y la salud mental se han hallado diversas relaciones en estudios empíricos entre hallar sentido a la vida y:

- Bienestar psicológico subjetivo (Acklin, Brown y Mayger, 1983; Voogt, 2004; Reker, 1994; Zika & Chamberlain, 1992).
- Mayor sociabilidad (Pearson & Sheffield, 1974).

- Menores alteraciones psicopatológicas como:
 - a) Ansiedad y depresión (Barkwell, 1991; Crumbaugh & Maholick, 1964; Kroeff, 1999; Lewis, 1989; Nelson et al., 2002; Noguchi et al., 2006; Phillips, 1980; Reker, 1994; Yalom, 1984). El estudio de Crumbaugh y Maholick (1964) se hizo buscando relaciones entre sentido de la vida (medido con el PIL) y psicopatología (medida con el MMPI); se encontró solamente una relación negativa entre mayores puntuaciones en el PIL y la escala de depresión del MMPI.
 - b) Estrés (Bauer-Wu & Farran, 2005).
 - c) Malestar psicológico (Bauer-Wu & Farran, 2005; Kroeff, 1999; Taylor, 1993a; Vickberg et al., 2001).
 - d) Neuroticismo (Pearson & Sheffield, 1974).
 - e) Abuso de drogas y alcohol (Yalom, 1984).

Otra relación que se ha hallado, ha sido entre mayor sentido de la vida y menor impacto de situaciones estresantes, razón por la que se ha considerado como un factor protector o amortiguador entre el estrés y sus efectos psíquicos (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; Mullen, Smith y Hill, 1993; Reker, 1994; Vickberg et al., 2000; White, 2004). Por ello, se ha llegado a considerar como un “enfrentamiento creativo”, la búsqueda de un sentido positivo a una situación estresante (Reker, 1994) que implica elementos como hallar los beneficios de una situación negativa, compararse con los que están peor, imaginar una alternativa peor o sentirse afortunado. Sin embargo, no en todos los estudios se ha encontrado esta relación entre adaptación a una situación estresante y búsqueda de sentido de la vida; hay personas que no buscan sentido y están tan adaptadas como quienes lo buscan y otros que lo buscan y no lo encuentran que sufren mayores alteraciones psíquicas que quienes no buscan sentido o que quienes lo buscan y lo encuentran (Davis, 2000).

Para Frankl (1990a, 1994, 1999a) la carencia de significado sería un indicador de desajuste emocional. Hoy en día muchas personas experimentan la carencia de sentido, un sentido que no se satisface plenamente para quienes sufren lo que Frankl (1990a, 1998) llamó “vacío existencial”. Dicho “vacío existencial” consiste en no encontrar un sentido a la propia vida. Este “vacío existencial” es la principal característica de lo que Frankl (1994) denominó “neurosis noógena” que supondrían un 20% de las neurosis. Frankl (1988) diferencia el

“vacío existencial” y la “neurosis existencial” como etapas diferentes de un mismo proceso, siendo el “vacío existencial” o “frustración existencial” la primera etapa, un fenómeno bastante común caracterizado por un estado de aburrimiento, apatía e inutilidad en algún momento (sobre todo en los ratos libres). La “neurosis existencial” se produciría en una etapa más avanzada del proceso, cuando hay un mayor sentimiento de falta de sentido en la vida con otros síntomas de neurosis, como un sentimiento de horror al vacío; en este caso dicho vacío existencial se iría llenando con diferentes síntomas indicadores de psicopatología. La “neurosis existencial” podría adoptar cualquier forma clínica neurótica con diferentes cuadros sintomáticos (alcoholismo, depresión, obsesión, etc.). Los síntomas, en estas neurosis, serían una manifestación de desviaciones en la voluntad de significado.

Según Yalom (1984), las reacciones comunes ante la crisis del sentido serían el conformismo o la sumisión al totalitarismo.

Yalom (1984) encontró que el 30% de los pacientes que le hicieron una demanda de psicoterapia en el hospital de día psiquiátrico, presentaban problemas graves que tenían que ver con dificultades para hallar significado a sus vidas. Observó que el número de pacientes que acuden a un psiquiatra por pérdida del significado de sus vidas estaba aumentando. Este autor lo atribuye a que hay menos fuentes de significado que antiguamente (que por ejemplo venía dadas por las fuentes de significados cósmicos que son la religión y la cultura), hay una separación de la naturaleza y de la cadena elemental de la vida y además el hombre moderno tiene tiempo de plantarse preguntas turbadoras; el tiempo libre resultaría problemático porque nos impondría libertad y el trabajo ya no suministraría significados. En el pasado había menos tiempo para cuestionarse el sentido por tener que dedicarse más tiempo a resolver necesidades básicas de supervivencia y hoy en día hay más tiempo libre para pensar. Por lo tanto, la falta de significados iría estrechamente ligada al ocio y a la falta de obligaciones, pues cuanto más comprometido se encuentre uno en el proceso cotidiano de vivir y sobrevivir, menos sufrirá por la falta de los diferentes significados.

En contraposición con estas ideas, Freud (citado por Yalom, 1984) consideraba que cuando un hombre se cuestiona por su significado vital era porque estaba mentalmente enfermo, pero para Yalom (1984), no sería el cuestionarse por el sentido de la vida, sino que sería la carencia del mismo lo se podría considerar como un síntoma de otra alteración subyacente más significativa. Para Frankl (1990a, 1999b) la búsqueda de sentido de la vida no

sólo no sería un signo de alteración mental sino que sería una expresión de salud mental e incluso un criterio fiable de salud mental, pues dicho deseo suele perderse en muchas situaciones de depresión en las que ya no se ve salida ni sentido a nada y ni siquiera hay ya deseo de encontrarlo.

Maddi (citado por Yalom, 1984), en consonancia con estas ideas, afirma que una proporción importante de psicopatología actual se origina en una carencia del sentido de la vida. Describe tres formas de “enfermedad existencial” (o carencia de sentido de la vida): el espíritu de la cruzada, el nihilismo y la forma vegetativa que se explican a continuación:

- 1) Espíritu de cruzada (o “aventurismo”): consiste en una poderosa inclinación a la búsqueda y en una entrega a causas dramáticas e importantes. Se busca la acción y se abraza cualquier causa independientemente del contenido para mantenerse a un paso más allá de su sentimiento de falta de significado. Las personas en esta situación sufren una especie de formación reactiva, dedicándose compulsivamente a cualquier tipo de actividad como reacción ante su falta de propósitos.
- 2) Nihilismo: consiste en una propensión activa y general a desacreditar las actividades que los demás llevan a cabo. Para estas personas su energía y conducta brotan de su desesperación y buscan el placer inherente a la destrucción. Es una actitud tan frecuente que no se suele reconocer como problema.
- 3) Forma vegetativa: sería el grado más extremo de la falta de propósitos en el que hay un estado grave de falta de objetivos y apatía. Su componente cognitivo es una incapacidad crónica para creer en la utilidad o el valor de las tareas que puede ejecutar el ser humano. Su componente emocional sería una “blandura” y aburrimiento generalizados con depresiones episódicas. A medida que avanza este estado, hay mayor indiferencia con episodios depresivos cada vez más frecuentes. Su componente conductual se expresaría como una reducción de la actividad, pero sobre todo por una falta de selectividad en la conducta, ya que prima la indiferencia por lo que hace o por si realiza o no, actividad alguna. Este es un estado muy extendido en la cultura contemporánea. Si se progresa en él, se desarrolla una indiferencia cada vez más profunda con una ausencia total de objetivos.

Yalom (1984) añade que una de las formas clínicas más frecuentes de falta de significado en la vida sería un patrón de actividad frenética, que consumiría de tal manera la energía del individuo, que el problema del significado se despojaría de los conflictos que plantea. Cualquier actividad humana atractiva se podría realizar como la “caricatura” de un significado. Pero si esta actividad no tiene una “bondad” o una “justicia” intrínsecas, tarde o temprano le fallará al individuo. Normalmente esta situación llega al conocimiento del clínico cuando ya se ha destruido el vehículo del significado o cuando se encuentra en vías de destrucción. Se produce un cuestionamiento de los valores previos que han acabado llevando la vida hacia un objetivo que es falso, lo que tiene como consecuencia una crisis de significado. Con frecuencia esta situación se puede desencadenar por una experiencia límite o de crisis (como una enfermedad grave) que enfrenta al individuo con su situación existencial y le muestra la insustancialidad de sus sistemas de significado. Esto también puede ocurrir durante un proceso de psicoterapia en el que un autoexamen profundo abre nuevas posibilidades de pensar en uno mismo y en su existencia.

Aparte de lo referido, también se destaca la importancia de la existencia de la libertad interior para la búsqueda de sentido, una libertad que según Frankl (1988) es siempre posible pues en su experiencia del campo de concentración pudo observar que *“cualquier hombre podía, incluso bajo tales circunstancias, decidir lo que sería de él -mental y espiritualmente-, pues aún en un campo de concentración puede conservar su dignidad humana”* (p.69). La libertad interior condicionaría el que pudiéramos o no encontrar el sentido genuino de nuestras vidas y no asumiéramos irreflexivamente el impuesto por nadie. Frankl afirma que *“el hombre puede conservar un vestigio de la libertad espiritual, de independencia mental, incluso en las terribles circunstancias de tensión psíquica y física”* (Frankl, 1988, p. 69) y que *“al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas – la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias- para decidir su propio camino”* (p.69). El tipo de persona en el que cada uno podía llegar a convertirse sería *“el resultado de una decisión íntima”* (p.69). Esto está estrechamente relacionado con la asunción de la responsabilidad personal. Decidir la actitud que se toma ante lo que se está pasando brinda una posibilidad de realización personal (Frankl, 1988, 1990a, 1994). Según Frankl (1988, 1990a, 1994) no se puede hablar de libertad sin hablar de responsabilidad, pues sólo es libre quien es responsable de sus actos. Para llegar a ser libre, el hombre ha de ser

previamente responsable. Pero no hay que olvidar que tanto la libertad como la responsabilidad humanas son finitas, pues el hombre no es omnisciente.

Dentro de lo que se supone la responsabilidad de buscar el propio sentido de la vida, nadie puede decirle a nadie en que consiste dicho sentido y sus circunstancias, sino que cada uno debe hallar libremente el objeto de su vida y aceptar la propia responsabilidad que sus respuestas le dictan. En asumir esta responsabilidad, se pone en juego “*la última de las libertades humanas*” (Frankl, 1988, p.69), que consiste en la capacidad para elegir la actitud personal que tomamos ante lo que nos ocurre (por muy negativo que sea). Sería la capacidad del ser humano para elevarse por encima de su destino aparente, de trascender las dificultades que la vida le plantea y de descubrir la verdad que le conviene y le orienta, para decidir así el propio camino, sin dejar de considerar nunca el peso de las circunstancias, que nos condicionan pero no nos determinan (Frankl, 1988, 1990a, 1994). En paralelismo con las ideas de Frankl, Yalom (1984) afirma que somos libres para aceptar o negar la meta que nos invoque y Hennezel (1996) plantea que el ser humano libre es el que es capaz de aceptar lo que sucede y que la verdadera libertad consiste en una conformidad interior con el acontecer de las cosas.

Frankl, como superviviente de un campo de concentración es un profundo conocedor del sufrimiento más extremo y de cómo la libertad del ser humano es capaz de evadirse con su esfuerzo de muchos los condicionamientos y de oponerse a las peores circunstancias, aplicando todo su peso contra ellas, gracias a la capacidad de espíritu para hacer resistencia (Frankl, 1988). Gracias a su libertad un ser humano puede no perder su dignidad pese a las múltiples adversidades que se le puedan presentar. En consonancia con esta idea Jaspers (citado por Frankl, 1990a) califica el ser del hombre como un *ser que decide* lo que es en cada caso y no como un ser dominado por sus impulsos.

Desde las citadas perspectivas, nadie nos podría arrebatar la libertad de elegir la actitud que queramos tomar ante la vida, el sufrimiento y la muerte y es el uso de esta libertad un componente fundamental para que la vida tenga sentido y propósito; por lo que la existencia auténtica sería aquella en la que el hombre fuera responsable y decidiera por sí mismo. La auténtica humanidad consistiría en tomar conciencia de la libertad y de la responsabilidad y esto ayudaría a mantener el equilibrio psíquico (Frankl, 1999a).

Podemos concluir en base a lo dicho que el sentido de la vida podría tener un peso importante en la salud mental de las personas. Si uno tiene claro cuál es su papel en el mundo, que está muy relacionado con el sentido que da a su vida y percibe el futuro de forma positiva (lo que también tiene relación con el sentido), es más probable que alcance y conserve su estabilidad mental. Por otra parte, la pérdida de sentido de la vida también puede ser consecuencia de una situación de depresión u otra patología psíquica que desenfoca la explicación del sentido de la propia vida y de las metas que la orientan, centrándose la persona que la sufre en los aspectos más negativos de la realidad y no en la búsqueda de un sentido a su existencia.

4.- SENTIDO DE LA VIDA Y SALUD MENTAL EN ENFERMOS ONCOLÓGICOS

Aunque hay pocos estudios en los que se busque relación entre sentido de la vida y diferentes variables relacionadas con la salud mental en pacientes oncológicos, hay algunos trabajos en los que se encuentran las relaciones que se muestran a continuación:

- Relación negativa entre sentido de la vida y mayor malestar psicológico (Bauer-Wu & Farran, 2005; Kroeff, 1999; Taylor, 1993a; Vickberg et al., 2001).
- Relación positiva entre sentido de la vida y bienestar psicológico (Meraviglia, 2004).
- Relación negativa entre sentido de la vida y mayor grado de estrés (Bauer-Wu & Farran, 2005).
- Relación negativa entre mayor sentido de la vida y depresión (Barkwell, 1991; Kroeff, 1999; Nelson et al., 2002; Noguchi et al., 2006).
- Relación negativa entre mayor sentido de la vida y ansiedad (Lewis, 1989; Noguchi et al. 2006).
- Relación positiva entre mayor sentido de la vida y autoestima (Lewis, 1989).
- Relación positiva entre mayor sentido de la vida y mejor adaptación al cáncer (Schnoll, Harlow y Broker, 2000).
- Relación positiva entre encontrar un sentido positivo de la situación y una mejor adaptación a la misma (Taylor, 1983).

No todos los estudios muestran resultados tan claros en los que se muestra la asociación positiva entre sentido de la vida y salud mental en los enfermos de cáncer. Smith y colaboradores (1993) en un estudio con 116 enfermos de cáncer no encontraron asociación estadísticamente significativa entre sentido de la vida y malestar psicológico, aunque sí se halló correlación negativa entre mayor sentido de la vida y la subescala de depresión de la que medía malestar psicológico (BSI). En otro estudio (Tomich & Helgeson, 2002) se encontró asociación entre seguir buscando sentido (por no encontrarlo) y un afecto más negativo, aunque las personas que referían tener ya sensación de propósito en la vida tenían un afecto más positivo.

5.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL SENTIDO DE LA VIDA

Existen varios instrumentos que evalúan el grado de sentido de la vida y por lo tanto sirven para detectar a personas que sufren diversos grados de vacío existencial (Frankl, 1994).

Los test más difundidos son el PIL (Crumbaugh y Maholick, 1968) que mide el grado en el que la persona encuentra o no propósito a la vida o su contrario, el vacío existencial, y el Logotest (Lukas, 1986) que mide el logro interior de sentido o la falta del mismo.

El PIL es el instrumento que se ha aplicado en un mayor número de investigaciones empíricas desde 1968 y ha demostrado ser útil en dichas investigaciones (Noblejas, 1994). Su baremación en población española ha sido realizada por Noblejas (1994) en su trabajo de tesis doctoral; en dicho trabajo se halló que las puntuaciones factoriales del PIL tienen mayor correlación entre sí y mayores porcentajes de varianza compartida que los del Logotest.

Normalmente el PIL correlaciona de forma negativa con alteraciones psicopatológicas (es decir, a mayor sentido hay menores alteraciones psicopatológicas) excepto con esquizofrenia por la tendencia de estos enfermos a percibir un sentido profundo en muchos acontecimientos (Noblejas, 1994). Las diferencias entre población clínica y no clínica, salvo en el caso mencionado, son significativas (Noblejas, 1994).

Según la baremación del PIL en población española (Noblejas, 1994) se obtendrían los tres grupos siguientes en función de su puntuación:

- Logro interior de sentido muy malo o *neurosis o depresión noógena* (puntuación:0-84).
- Logro interior de sentido malo o *frustración existencial* (puntuación: 85-93).
- Logro interior de sentido cercano a la *frustración existencial* (puntuación: 94-96).
- Logro interior de sentido medio (puntuación: 97-115).
- Logro interior de sentido bueno (puntuación: 116-140).

Yalom (1984) hace alusión a una serie de hallazgos interesantes son respecto al test:

- 1) Varios estudios han indicado que los resultados de la prueba se correlacionan satisfactoriamente con las evaluaciones del sentido de la vida hechas por terapeutas.
- 2) Los sujetos que presentan trastornos mentales obtienen calificaciones más bajas que los sujetos normales. Ocurre lo mismo en los adolescentes delincuentes y los estudiantes de bachillerato que abusan de las drogas, y las personas introvertidas. También hay una puntuación baja en personas que dan mucha importancia al hedonismo y en personas que viven en ghetos.
- 3) Hay puntuaciones altas en: personas con profundas creencias religiosas, personas con menor miedo a la muerte, compromiso con un grupo, dedicación a actividades de ocio, visión positiva del mundo, orientación hacia objetivos concretos destinados a trascender el yo, satisfacción con profesión (elegida por vocación).

Yalom (1984) hace una serie de críticas al test:

- 1) Refiere que el PIL está sobrecargado de “deseabilidad social” (arroja un coeficiente de 0,57 con la escala de deseabilidad social de Marlowe-Crowne).
- 2) Da por sentado que la aceptación de la responsabilidad es equivalente al sentido positivo de la vida.

- 3) Se han encontrado dificultades de interpretación de los ítems en función de la cultura del sujeto, porque al parecer su lenguaje resulta ambiguo.
- 4) Se inclina mucho por el lado de los valores de la ética protestante: hace hincapié en la conducta dirigida por metas, en la orientación hacia el futuro, en la actividad antes que en la pasividad y en el valor positivo de los niveles más altos de estimulación.

En pacientes oncológicos hay pocos estudios en los que se utilice el PIL (Harlow, Newcomb y Bentler, 1983; Henrion, 1983; Kroeff, 1999; Lewis, 1989; Noguchi, 2006; Pinquart, Frölich y Silbereisen, 2007; Schnoll, Knowles y Harlow, 2002; Smith et al., 1993; Taylor, 1993a), siendo uno de ellos en población española (Kroeff, 1999). Se explicarán con más detalle más adelante.

Otros instrumentos usados con más frecuencia para evaluar el sentido de la vida o aspectos relacionados son:

- 1) Life Meaning Scale (Acklin, Brown y Mauger, 1983)
- 2) World Assumptions Scale (Janoff-Bulman, 1989).
- 3) Life Attitude Profile-Revised (Reker, 1992).
- 4) Sense of Coherence Scale (Antonowski, 1993).
- 5) Constructed Meaning Scale (Fife, 1995).
- 6) Sources of Meaning Profile-Revised (SOMP-R) (Reker, 1996).
- 7) Life Evaluation Questionnaire (Salmon, Manzi y Valori, 1996).

6.- ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE EL SENTIDO DE LA VIDA

Muchas de las investigaciones sobre el sentido de la vida se han llevado a cabo con el test PIL: Purpose In Life Test (Crumbaugh y Maholick, 1968).

Se han hallado Puntuaciones altas en al PIL (mayor sentido de la vida) en varios estudios referidos por Yalom (1984) con respecto a las siguientes condiciones:

1) Estar físicamente muy enfermo. Los pacientes físicamente muy enfermos tienen mayor puntuación en el PIL que los que tienen dolencias leves o los individuos normales (Thomas y Weiner, 1974). Estos resultados se explican suponiendo que la cercanía de la muerte sirve de catalizador a los enfermos graves para buscar orden en sus vidas.

3) Tener mayor religiosidad intrínseca (Crandall & Rasmussen, 1975).

4) Tener menor miedo a la muerte.

5) Estar comprometido con grupos organizados.

6) Dedicarse a deportes y pasatiempos.

7) Tener una visión más positiva del mundo.

8) Orientarse a metas destinadas a trascender el yo.

9) Haber elegido la carrera por vocación.

Se han hallado puntuaciones bajas en el PIL (menor sentido de la vida) en las siguientes situaciones (Yalom, 1984):

1) Pacientes con trastornos mentales: trastornos psicóticos, pacientes más neuróticos. A menor sentido habría más psicopatología.

2) Pacientes hospitalizados por alcoholismo crónico.

3) Personas introvertidas socialmente.

4) Personas con delincuencia en la adolescencia o que abusan de drogas.

5) Personas con una valoración elevada del hedonismo (Crandall & Rasmussen, 1975).

6) Personas que viven en ghettos sociales como los inmigrantes.

De los datos mostrados puede desprenderse que una baja puntuación en el PIL (poco sentido de la vida) podría ser un indicador de psicopatología o mal ajuste social.

Además de los datos señalados, hay diferentes estudios en los que se ha hallado relación entre mayor sentido de la vida y mejor salud mental o bienestar. Por ejemplo, en un estudio con ancianos, Reed (1991) encontró relaciones positivas entre autotrascendencia (en relación con sentido y espiritualidad) y buena salud mental. Yalom (1984) ha encontrado que los enfermos terminales, que tienen un sentido profundo de que la vida tiene un significado,

viven más plenamente y se enfrentan a la muerte con menos desesperación que aquellos cuyas vidas carecen de significados.

En población española podemos destacar los siguientes estudios con el test PIL:

- La tesis doctoral de Noblejas (1994) en la que se evaluó el sentido mediante el Logotest y el PIL encontró que un 25% de la población encontró un logro interior de sentido bueno, un 50% un logro interior de sentido medio y un 25% un logro interior de sentido malo.

- La tesis doctoral de Thompson (1996) sobre la ansiedad ante la muerte y el propósito de vida o sentido de la vida, al final de la vida. En dicho trabajo se encontró que las personas con enfermedades crónicas con mayor propósito en la vida tenían menor ansiedad. No se halló relación entre propósito en la vida y ansiedad ante la muerte, ni entre propósito en la vida y religiosidad.

7.- ESTUDIOS SOBRE EL SENTIDO DE LA VIDA EN ENFERMOS ONCOLÓGICOS

A continuación se muestran los estudios encontrados sobre sentido de la vida en enfermos oncológicos:

- Acklin, Brown y Mauger (1983) en un estudio con 43 enfermos oncológicos, evaluaron el sentido de la vida con la “Escala de sentido de la vida” (*Life Meaning Scale*). Encontraron que un “sentido trascendente de la vida”, la religiosidad y la práctica religiosa se asociaban con un mejor afrontamiento y bienestar psicológico.
- Henrion (1983) utilizó el test PIL con 18 enfermos de cáncer con diferentes localizaciones. Encontró que los pacientes de su muestra tenían puntuaciones más bajas (90,3) que la de otras personas con enfermedades físicas, pero no tan bajas como pacientes hospitalizados por alcoholismo o pacientes con cuadros psicóticos (no esquizofrénicos).

- Lewis (1989) encontró en 57 pacientes con cáncer avanzado que altas puntuaciones en el test PIL correlacionaban con baja ansiedad y buena autoestima. En la medida que la persona atribuía sentido a su enfermedad había menor ansiedad y mejor autoestima.
- Mahon, Cella y Donovan (1990), en un estudio con 40 personas que habían sido diagnosticadas recientemente de un cáncer recurrente hallaron que 1/3 refirieron un incremento de su práctica religiosa y una mayor percepción del sentido y de valoración de sus vidas desde la recurrencia. Este último dato se obtuvo con una entrevista semiestructurada.
- O'Connor, Wicker y Germino (1990) hicieron un estudio con 30 personas con diagnóstico de cáncer los últimos 6 meses. Encontraron que los temas relacionados con el sentido tenían que ver con: 1) buscar y entender el significado del diagnóstico del cáncer (87%), 2) buscar las consecuencias del diagnóstico, 3) hacer una revisión de la vida, 4) cambiar la perspectiva sobre la propia vida y/o la de otros, 5) vivir con el cáncer y 6) tener esperanza. El cambio de perspectiva, que se producía en muchos pacientes (3/4 de ellos), incluía: 1) crecimiento o aprendizaje de la experiencia, 2) centrarse en sí mismos, 3) una apreciación renovada de las relaciones interpersonales, 4) sentir mayor interés por hacer un trabajo que se haya deseado o que sea creativo, 5) incremento de la fe y 6) mayor aprecio por la naturaleza. Sobre el tema “vivir con el cáncer” manifestaban respuestas de afrontamiento como no preocuparse por ello, tratar de vivir normalmente, y buscar un apoyo religioso. En relación con el tema “esperanza” estaban respuestas como tener fe y expectativas positivas y el deseo de “moverse”.
- Smith y colaboradores (1993) en otro estudio con 116 pacientes oncológicos ambulatorios) se halló una correlación positiva entre sentido de la vida y menor ansiedad ante la muerte. El sentido de la vida se evaluó mediante una subescala del *Transpersonal Development Inventory* (TDI). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre sentido de la vida y malestar psicológico aunque sí se halló correlación negativa con la subescala de depresión de la escala que medía malestar psicológico (BSI).

- Taylor (1993a), hizo un estudio para estudiar distintos factores asociados a la percepción de sentido en pacientes con cáncer recidivante. Evaluó el sentido de la vida con el test PIL en 74 pacientes en dicha situación. Encontró una asociación negativa entre mayores puntuaciones en el PIL (mayor sentido de la vida) y mayor malestar psíquico, dependencia social y tiempo desde el diagnóstico de la recurrencia. La mejor adaptación a la enfermedad se asociaba con mayor sentido de la vida. Además, el mayor sentido de la vida se asociaba con estar casado. Los más jóvenes tuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los que tenían más edad. No se encontró relación entre las puntuaciones del PIL y la religiosidad. La media obtenida con el PIL fue de 108,7.
- Salmon, Manzi y Valori (1996), en un estudio con 200 pacientes con diferentes tipos de cánceres (26 de ellos con cáncer de pulmón) encontraron que los pacientes más jóvenes referían haber ganado una mayor apreciación de la vida y a la vez estaban más resentidos con la enfermedad. En el desarrollo de su cuestionario para evaluar el sentido de la vida en enfermos de cáncer (LEQ: Life Evaluation Questionnaire), se hallaron cinco dimensiones: percepción más clara del sentido de la vida, libertad versus restricción de la vida, resentimiento con la enfermedad, satisfacción con vida pasada y presente e integración social pasada y presente.
- Kroeff (1999) en su tesis doctoral realizada en población española, comparó 50 pacientes de cáncer y un grupo control de 50 personas. Encontró en ambos grupos correlación positiva entre sentido de la vida (medido con el PIL) y personalidad resistente, espíritu de lucha ante la enfermedad y menor miedo a la muerte. Halló correlación negativa entre sentido de la vida y depresión, malestar físico y psíquico y desesperanza. No halló diferencias significativas en el grado de sentido de la vida entre los pacientes con cáncer y el grupo control.
- Moadel y colaboradores (1999) realizaron un estudio sobre las necesidades espirituales de enfermos oncológicos, con 248 enfermos de cáncer. Para muchos pacientes dichas necesidades fueron, por orden de importancia: vencer temores (51%), encontrar esperanza (42%), encontrar sentido de la vida (40%), encontrar

recursos espirituales (49%). Además expresaban su deseo de hablar sobre los siguientes temas: encontrar paz mental (43%), sentido de la vida (28%) y sobre la muerte y el proceso de morir (25%). El beneficio que proporcionan las creencias de tipo espiritual y la práctica religiosa se relacionan con la adaptación al cáncer por su relación con temas existenciales, entre los que se incluye la búsqueda de sentido de la vida y de la muerte.

- Schnoll, Harlow y Broker (2000) en un estudio con 83 enfermos de cáncer encontraron relación de sentido de la vida (medido con el test PIL) y otras variables relacionadas con la espiritualidad y una mejor adaptación a la enfermedad. Las mujeres, las personas que tenían una enfermedad de más larga duración y los que tenían un estadio de la enfermedad menos grave tenían un mayor sentido de la vida (habiendo una relación estadísticamente significativa entre estas variables).
- Vickberg y colaboradores (2001) evaluaron la relación del sentido de la vida (medido con una subescala del *Life Attitude Profile-Revised* de Reker) y la adaptación a su situación, en 85 personas que habían sido sometidas a un trasplante de médula ósea. Encontraron una relación inversa entre un mayor grado de sentido y malestar psicológico.
- Nelson y colaboradores (2002) encontraron, en 162 enfermos de cáncer, una relación negativa entre encontrar mayor sentido a la vida (medido con una subescala del cuestionario de calidad de vida FACIT-Sp) y depresión.
- Schnoll, Knowles y Harlow (2002) realizaron un estudio con 109 enfermos de cáncer en el que midieron el sentido de la vida con el test PIL. Encontraron relación de mayor sentido de la vida con menores niveles de afrontamiento mediante la evitación.
- Tomich y Helgeson (2002) encontraron en enfermas de cáncer de mama que las personas que permanecían en la búsqueda de sentido de su situación en el contexto más global de su vida (evaluado con preguntas desarrolladas por los autores) se

relacionaba con peor calidad de vida y emociones más negativas. Un sentido de propósito en la vida, por otra parte, se relacionaba con un afecto más positivo.

- Meraviglia (2004), en un estudio con 60 enfermos de cáncer de pulmón en el que buscaba las relaciones entre espiritualidad y bienestar psíquico, encontró que había relación entre mayor sentido de la vida y mayor bienestar psíquico. Esta autora consideró el sentido de la vida como una dimensión de la espiritualidad. El cuestionario que usó para medir el sentido de la vida fue el LAP-R (*Life Attitude Profile-Revised*) de Reker (1992).
- Voogt (2004) en otro estudio con 105 pacientes oncológicos encontró que había una asociación positiva entre sentimientos positivos y tener mayor percepción de sentido de la vida y entre sentimientos negativos y menor percepción de sentido de la vida. El sentido de la vida se evaluó con una subescala de un cuestionario de calidad de vida (FACIT-Sp).
- Noguchi y colaboradores (2006) utilizan el PIL en un estudio con 298 enfermos de cáncer en un estudio en el que tratan de identificar las necesidades espirituales de los pacientes, pues consideran que el sentido está relacionado con la espiritualidad. La media que obtuvo con el PIL en estos enfermos fue 101,8. Hallaron que había relación negativa entre mayores puntuaciones en el PIL y ansiedad y depresión medidas con la escala HAD.
- Pinquart, Frölich y Silbereisen (2007) encontraron que los enfermos con cáncer (n=150) que iniciaban un tratamiento con quimioterapia tenían mayores niveles de optimismo, autoestima y sentido de la vida (medido con el test PIL) que las personas del grupo control (n=150), aunque esta diferencia se daba sólo en personas más jóvenes. No había diferencias entre ambos grupos en el Locus de control de salud. Encontraron además que el mayor sentido de la vida se asociaba significativamente con mayor autoestima, optimismo y que había una asociación negativa entre mayor sentido de la vida y Locus de control de salud más externo. A lo largo del tiempo el Locus de control se iba haciendo más externo y decrecía la percepción de sentido de la vida.

8.- SENTIDO DE VIDA Y DE LA MUERTE

Al intentar dar una respuesta a la cuestión del sentido de la vida, nos encontramos con que la existencia tiene un carácter finito, que en algún momento llega a su fin; y por lo tanto se nos plantea la necesidad de responder también a la pregunta de qué sentido tiene que la vida acabe en algún momento. La vida no puede ser concebida sin la muerte sin hacer un acto de negación, de represión o de olvido. Es decir, la vida y la muerte son inseparables, puesto que somos seres mortales. Por lo tanto el sentido que para uno asume la vida podría implicar directamente, el sentido que asume la muerte, o viceversa.

Frankl (1990a) relaciona el sentido de la vida con la toma de conciencia de la muerte, pues para él *“el sentido de la existencia humana, se basa en su carácter irreversible”* (p.117), pues, *“si el hombre fuese inmortal, podría con razón demorar cada uno de sus actos hasta el infinito”* (p.117). En función de estas ideas, podríamos ver en la transitoriedad de la vida un estímulo para emprender una acción responsable, por tomar conciencia de que nuestro tiempo se acabará en algún momento y que no podemos posponerlo todo indefinidamente. Por el hecho de no disponer de un tiempo ilimitado, nos vemos obligados a aprovechar el tiempo de que disponemos, cada momento sólo podemos vivirlo una vez y por eso el hombre tiene la posibilidad de elaborar y de desarrollar su destino. Esta posibilidad no tiene por qué tener que ver con la mayor o menor duración de la vida. En palabras de Frankl (1990a): *“No es la duración de una vida humana en el tiempo lo que determina la plenitud de su sentido”* (p. 119); *“lo que carece de sentido de por sí, no lo adquiere por el hecho de que se eternice”* (p.121). Por otra parte, la muerte nos puede poner frente a nosotros mismos y darnos cuenta de si nuestra vida ha tenido o no sentido, tal y como señala Polaino-Lorente (1995): *“la muerte es una situación en que se intensifica y agiganta –aunque sólo sea por un proceso acumulativo- el sinsentido o sentido de toda nuestra pasada trayectoria biográfica personal”* (p.1209) y además *“el sentido de la muerte se explica por el sentido de la vida, al mismo tiempo que contribuye al esclarecimiento de esta última”* (p. 1210).

Por la contingencia de nuestra existencia, Frankl (1990b) nos propone aprovechar intensamente cada instante cumpliendo y realizando un sentido, darle valor al pasado, tomar conciencia a través de la conciencia de la muerte del misterio de la existencia y llegar al final de la vida a su sentido global, pues hasta el último momento la vida humana puede tener algún sentido (Frankl, 1988).

También es posible que la muerte nos pueda inducir a apreciar al máximo lo que tenemos o podemos hacer hoy al tomar conciencia de que es algo transitorio (Siegel, 1995). Cuando las personas se enfrentan a la muerte (por ejemplo al recibir el diagnóstico de una enfermedad incurable), con frecuencia cambian los criterios con los que evalúan sus vidas, dan menos importancia a problemas menores y aprecian más la vida (Salmon, Manzi y Valori, 1996). Es más, la muerte podría verse como el momento culminante de la vida, pues es probable que hasta que el hombre no se halle en su lecho de muerte no llegue a saber si su conciencia le ha llevado hacia el significado verdadero. Es decir, se culminaría la experiencia de sentido al final de la propia historia vital; es en el momento de la muerte cuando por fin se podría ver el sentido global de la vida (Frankl, 1990b; Levinas, 1994). Hennezel (1996) coincide con esta idea al afirmar que la muerte, podría llegar a ser aquello que le conferiría valor y sentido a la existencia, pues sería lo que podría permitir penetrar hasta el corazón de la única y verdadera pregunta sobre qué sentido ha tenido la propia vida. Pero sabemos que hoy en día la muerte ha perdido parte de su sentido (Ariès, 1999), ya que se le ha quitado el valor que antaño tenía como configurador de sentido de lo vivido, cuando el sentido de la muerte estaba inserto en sistemas de significados que estructuraban y orientaban en las posibles reacciones ante la misma. Dichos sistemas de significados venían configurados por las religiones y otras variables culturales (Taylor, 2001), algo que hoy en día no tiene el mismo peso en nuestra cultura que en otros sistemas culturales.

En relación con la conexión entre sentido de la vida y el enfrentamiento con la muerte, se ha comprobado que para muchos enfermos terminales los asuntos existenciales son de gran importancia, y entre estos están los tienen que ver con el sentido de su vida y sus metas (Bolmsjö, 2000, 2002).

Desde la psicología existencial (Yalom, 2000) se plantea que la muerte es una de las preocupaciones supremas, por lo que la confrontación con la misma constituiría un conflicto interno entre su inevitabilidad y el deseo de seguir viviendo. Pero a pesar de dicho conflicto, para este autor, la toma de conciencia de la muerte ayudaría a vivir una vida más plena y auténtica y por lo tanto más dotada de sentido. Yalom (2000) ha encontrado que dicha conciencia a través de una psicoterapia o bien a través de una experiencia real de cercanía con la misma puede “*instigar un cambio personal radical*” (p. 214). En este sentido el cáncer sería una posibilidad real de verse cercano a la muerte y de generar por lo tanto una toma de

conciencia de su posibilidad a pesar de las dificultades que se puedan pasar. Este autor ha encontrado que los pacientes con cáncer han expresado, ante su situación de tener que enfrentarse con la muerte, una redistribución de sus prioridades en la vida, una sensación de mayor libertad, una mayor apreciación de hechos elementales de la vida, una comunicación más profunda con los seres queridos y menos temores interpersonales.

Con relación al sentido que puede tener la muerte, Levinas (1994) plantea que su sentido se manifiesta en la relación con la muerte del prójimo. Dicho sentido sería articulado por la profundidad de la repercusión del miedo que se siente ante la muerte de los otros, seguramente por la comparación de dicha muerte con la de la amenaza que pesa sobre el propio ser, siendo concebida por Heidegger (citado por Levinas, 1994) como la experiencia de la nada en el tiempo. Sin embargo para Levinas, aunque la muerte *“nos afecta por su sinsentido”* (p. 32), *“indica un sentido que sorprende, como si el anonadamiento pudiera introducirse en un sentido que no se limita a la nada”* (p.25), abriendo así un enigma ante nosotros cuya respuesta es desconocida e imposible de responder. Pero nos mostraría la pregunta necesaria para que se produzca la relación del ser con el infinito y el tiempo. El sinsentido que aparentemente tiene la muerte es, según Levinas (1994), algo necesario para la unicidad del yo, ya que sólo al final de la vida se completaría la totalidad del ser y por lo tanto su sentido. Mientras tanto habría *“un no saber que se traduce, en la experiencia, por mi ignorancia del día de mi muerte, ignorancia en virtud de la cual el yo emite cheques en descubierto como si dispusiera de toda la eternidad”* (p.32).

Heidegger (1971), también siente la necesidad de integrar o dar un sentido a la muerte. Para este autor el sentido de la muerte del hombre se origina en la indagación sobre el ser (y por lo tanto también tendría que ver con la indagación sobre el sentido). El “ser” (*Dasein*: ser-en-el-mundo), sería un “ser para la muerte”, y la muerte podría ser un acontecimiento significativo que finalmente de sentido a la vida. Para este autor, la muerte sería en primer lugar la amenaza de la no existencia y en segundo lugar la condición previa para el entendimiento previo de nuestra vida; sería una condición de significado. Pues uno se puede elegir a sí mismo auténticamente sólo eligiéndose como ser hacia el fin de su vida; sólo entonces se puede alcanzar la libertad, incluso liberándonos del miedo a la muerte. Además sólo gracias a cierta relación con la muerte es como va a ser posible el tiempo, tiempo respecto al que se plantea la pregunta de la posibilidad de la totalidad. Para Heidegger (1971),

la muerte, además conserva el sentido inequívoco de un final, es la certeza por excelencia y ve en la certeza de la muerte el propio origen de la certeza.

En la actualidad, en nuestra cultura, al no asumirse, en general, adecuadamente la posibilidad de la muerte (como ya se ha explicado previamente), hay un empobrecimiento del sentido que ésta puede aportar a la vida. La carencia de sentido es lo que predomina frente a la muerte. La existencia en su conjunto se puede reducir al absurdo ante el planteamiento de la muerte, porque de entrada se niega la posibilidad de un fin. La prueba de ello son las dificultades de quienes han de enfrentarse a situaciones de muerte propia o ajena, dificultades que de entrada están previstas y asumidas de antemano en otras culturas o tradiciones; en la nuestra impera una especie de “ley del silencio” que dificulta la expresión del conflicto y por ende su resolución (Hennezel & Leloup, 1998).

9.- SENTIDO DE LA VIDA Y DEL SUFRIMIENTO

“Cuando uno se enfrenta con una situación inevitable, insoslayable, siempre que uno tiene que enfrentarse a un destino que es imposible cambiar, por ejemplo, una enfermedad incurable, un cáncer que no puede operarse, precisamente entonces se le presenta la oportunidad de realizar el valor supremo, de cumplir el sentido más profundo, cuál es el del sufrimiento. Porque lo que más importa de todo es la actitud que tomemos hacia el sufrimiento, nuestra actitud al cargar con ese sufrimiento” (Frankl, 1988, p.110).

“El sufrimiento deja de ser en cierto modo sufrimiento en el momento en el que encuentra un sentido...” (Frankl, 1988, p.111)

Tal y como señala Bayés (2001), aún se conoce poco sobre el sufrimiento y no hay una definición clara del mismo, aunque es un fenómeno humano universal. Bayés (2001) relaciona el sufrimiento con la amenaza de perder la integridad, siendo un fenómeno más amplio que el del dolor emocional o físico (que es sólo una de sus dimensiones) y que se intensificaría por la percepción de que no hay forma de controlarlo, sentimientos de indefensión, desesperanza, intolerabilidad, interminabilidad, incertidumbre, impotencia, falta de recursos personales y psicosociales. Este sufrimiento implicaría también dimensiones

espirituales o trascendentes del ser humano y por lo tanto, afectaría a toda la persona (Bayés, 2006).

El dolor y el sufrimiento son fenómenos que acontecen a todo ser humano en algún momento de su vida. Si son fenómenos constitutivos de la existencia humana, es probable que tenga un sentido dentro de dicha existencia o al menos se podría buscar dicha posibilidad de sentido (Frankl, 1990a, 1990b; Lukas, 2002). Las explicaciones sobre el sentido del dolor podrían estar unidas a las que se dan sobre el sentido de la vida (Polaino-Lorente, 1993). Como afirma el escritor C.S. Lewis (1994) “*Si tratáramos de excluir el sufrimiento, o la posibilidad de sufrimiento que acarrea el orden natural y la existencia de voluntades libres, descubriríamos que para lograrlo sería preciso suprimir la vida misma*” (p. 42).

Frankl afirma que la vida del ser humano no se colma solamente disfrutando y creando, sino también sufriendo, pues las cosas conservan su sentido más allá del éxito o el fracaso (Frankl, 1990a, 1990b). El hombre que sufre es para este autor el hombre doliente u *homo patiens*. Se puede hallar sentido en la forma en la que uno se enfrenta al sufrimiento, en la actitud que adopta ante el mismo; y a través del sentido potencial del sufrimiento, se puede reconocer la plenitud del significado incondicional de la vida (Frankl, 1999a, 1999b). El *homo patiens* frente al dolor, se realiza a través de los valores de actitud y es capaz de hallar un sentido a su sufrimiento a través del desarrollo de dichos valores. En contraste con el *homo patiens*, el *homo faber* se defiende del dolor mediante la actividad, no puede tolerar no desarrollar una acción como respuesta a su situación, adoptando una actitud materialista en la que cree que si no es productivo, su vida no tiene sentido. Como consecuencia, el padecimiento pasivo se vuelve intolerante para él, porque no es capaz de realizarse en esta circunstancia (Frankl, 1990b, 1999b; Polaino-Lorente, 1995).

Para Frankl (1988, 1990a, 1990b, 1999b), no sólo son significativas la creatividad y el goce, sino que pueden ser significativos todos los aspectos de la vida, y por lo tanto estaría incluido el sufrimiento dentro de las dimensiones a las que hay que buscar sentido para encontrar sentido en la vida. Pues “*las cosas conservan su sentido más allá del éxito o del fracaso*” (Frankl, 1990a, p. 160). La única oportunidad del hombre ante el sufrimiento consistiría en elegir la actitud que se adopta frente al mismo, el modo en que sufre, viéndolo por ejemplo como una ocasión para desarrollar una madurez más plena, realizarse como

persona, desarrollar su dignidad o ser un ejemplo para otros (Frankl, 1990a, 1990b, 1999b; Lukas, 2002).

Según Frankl (1988) para que el sufrimiento inevitable tenga sentido no puede ser un fin en sí mismo, habría que trascenderlo para poder afrontarlo y además habría que aceptarlo, y al aceptarlo, no sólo lo afrontaríamos, sino que a través de él buscaríamos algo que no se identifica con él y lo trascenderíamos. Para este autor, el sufrimiento dotado de sentido apunta siempre más allá de sí mismo, remite a una causa por la que se padece. También añade que el sufrimiento con plenitud de sentido es el sacrificio. Ante el sufrimiento estaríamos llamados a dar lo mejor de nosotros mismos y a cambiar para mejor por lo que el verdadero resultado del sufrimiento sería un proceso de maduración que se basaría en que el ser humano alcanza la libertad interior a pesar de la dependencia exterior (Frankl, 1988). Lukas (2002) añade que cuando el “desafiante poder del espíritu”, se libera, *“las personas pueden encontrar sentido en cualquier situación, aún en las de sufrimiento inevitable”* (p.15). El concepto del “desafiante poder del espíritu” fue acuñado por Frankl (1988, 1990a), quién señaló que permitía hacer frente a los condicionamientos y por lo tanto sería una fuente de libertad personal.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que las experiencias de gran sufrimiento y dolor, suponen un gran riesgo de caer en el sinsentido y la apatía. El sufrimiento ocupa toda el alma y toda la conciencia del hombre, tanto si es mucho como si es poco (Frankl, 1988), impidiéndole al ser que sufre muchas veces encontrar espacio en su interior para preguntarse por el sentido de su vida y de lo que le está pasando. Ante esa situación, la primera reacción suele ser la de buscar la forma de huir del padecimiento y cuando esto es imposible, muchas veces la única vía que se encuentra es la de la desesperanza.

Para Frankl (1988, 1990a, 1990b, 1999b) el sentido del sufrimiento se puede dar en los siguientes puntos:

- 1) Posibilita el desarrollo de los valores de actitud que se consideran superiores en rango ético a los otros valores y tienen que ver con la posibilidad de elegir el cómo enfrentarse a la situación de sufrimiento. Dicho sufrimiento ofrecería *“las mejores posibilidades de colmar el más profundo de los sentidos”* (Frankl, 1999b, p. 127).

- 2) Posibilita el encontrar nuevas dimensiones del sentido de la vida.
- 3) Supone una posibilidad de crecimiento, lo que puede llevar a una mayor madurez pues puede ser una oportunidad para crecer y para aprender algo. En palabras de Frankl (1990b) habría la posibilidad de *“transmutar una tragedia personal en triunfo”* (p. 72), de elevarse por encima de uno mismo porque aumenta la conciencia y de enriquecimiento por ayudar al encuentro con la verdad.
- 4) Puede ayudar a salir de la apatía. Frankl (1990a) afirma que mientras sufrimos, el alma permanece viva.
- 5) Permite alcanzar la libertad interior al adoptar una actitud determinada.
- 6) Posibilidad de trascenderlo: al sufrir por algo o por alguien (idea del sacrificio).
- 7) Posibilidad de compartirlo con otros y vivir con intensidad dicha compañía.
- 8) Las personas que encuentran un sentido en el sufrimiento pueden ayudar a otras que sufren con su ejemplo y por lo tanto habría un valor de altruismo.

Jaspers (1983) también considera que se puede encontrar un sentido al sufrimiento, pues con respecto al sufrimiento se abre la metafísica de la existencia que nos lleva a una experiencia vital de nuestra apertura a lo trascendente (entendiendo lo trascendente como “conciencia absoluta”). El sufrimiento supondría una situación límite que nos pone a prueba y para este autor el hecho de vivir situaciones límite es existir. El enfrentarnos a estas situaciones límite nos conduciría desde su perspectiva a un crecimiento, una maduración y un enriquecimiento personal. Dicho de otra forma, las experiencias de dolor nos pueden empujar a buscar sentido a nuestra existencia, pues *“el dolor es una cuestión que interpela a cada persona de un modo singularísimo, cuestionándole acerca de lo que hace con su vida”* (Polaino-Lorente, 1995, p.1211).

Hennezel (1996) plantea que la única forma de darle un sentido al sufrimiento es el preguntarse el para qué del mismo, ya que a algunas afirman que la enfermedad les ha guiado

hacia lo esencial y les ha hecho alcanzar una talla humana mayor. Idea que está en consonancia con los planteamientos de Frankl (1988a, 1990a, 1994).

En función de lo dicho, podríamos decir que si la vida de uno tiene sentido, es más posible que cualquiera de las vicisitudes con las que tropiece, también lo tengan, incluso ante el sufrimiento. En sintonía con esta idea, Polaino-Lorente (1993) afirma que el sentido del dolor es consecuencia del sentido que se encuentra a la propia vida y a su vez el sentido del dolor puede remitirse y resolverse en el sentido de la vida.

Para Jung el significado hace casi todas cosas se vuelvan tolerables (citado por Yalom, 1984) y considera que el sufrimiento tiene un sentido, ya que todo problema, depara la posibilidad de un ensanchamiento de la conciencia, pero también la necesidad de decir adiós a la inconsciencia infantil y confiar en la naturaleza.

Yepes y Aranguren (1999), desde la perspectiva de la antropología, señalan también las funciones que puede tener el dolor:

- 1) Aprendizaje: Posibilidad de enriquecimiento de la vida a través de su aceptación a través de un ejercicio de la libertad.
- 2) Elevación y/o purificación: se toma más conciencia del límite, nos hace más humildes y nos hace menos dependientes de nuestro propio capricho, enseña al hombre a distanciarse de sus deseos.
- 3) Fortalecimiento para sobrellevar el sufrimiento presente y sufrimientos futuros.
- 4) Reorganización de prioridades: el hombre que sufre se encuentra en un momento especialmente de su vida, en el que puede distinguir lo que es verdaderamente importante de lo que no lo es.
- 5) Apertura a lo trascendente; el sufrimiento se puede llenar de sentido si se sufre por algo o por alguien.

Cuando se trata de sufrimientos interiores, no basta la voluntad de vivir para padecerlos: necesitaríamos integrarlos en una tarea en la cual adquirieran sentido (Yepes & Aranguren, 1999).

Pero habría que tener en cuenta que en una sociedad en la que la categoría máxima de la felicidad es el bienestar, las razones para afrontar el dolor no existen y las respuestas que se dan son eludir la responsabilidad y la conciencia, con lo que al final el dolor y el sufrimiento se pueden intensificar (Yepes & Aranguren, 1999). El dolor se quiere sustituir por el placer, se acepta sólo el lado placido de la vida y esto contribuye a que nuestra cultura se haya vuelto una cultura infantilizada (Yalom, 1984). Por ejemplo, una lucha a toda costa contra el sufrimiento puede llevar a la desesperación y finalmente a la angustia y a la culpabilidad (Lukas, 2002) y por lo tanto a la pérdida de sentido de la vida. La solución más adecuada no parece ser evitar el tratar de evitar a toda costa o negar el sufrimiento (aunque evidentemente una postura sana sería evitar el sufrimiento evitable), pues la lucha por evitar el sufrimiento tiene efectos paradójicos: lo que se suele conseguir es disminuir la capacidad de aguantarlo y la persona se ve impulsada a la búsqueda de placeres y satisfacciones rápidas; esto hace descender el umbral para soportar situaciones en las que no se da esa satisfacción inmediata. Si el dolor no se afronta, podemos acabar en una actitud que podría incapacitar para soportar el padecer, y aumentaría con ello el sufrimiento del que uno intenta escapar (Polaino-Lorente, 1995).

Un factor que probablemente influye también en encontrar sentido al sufrimiento son las creencias religiosas o espirituales, tal y como han señalado diferentes autores (Dull & Skokan, 1995; Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; McIntosh, Silver y Wortman, 1993; Strawbridge et al., 1998). Por ejemplo, en un estudio se halló que dichas creencias eran un factor fundamental para encontrar sentido a la experiencia de sufrimiento ante la muerte de un ser querido (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998).

El sentido también se puede hallar por otras vías como el sentir la pérdida como predecible o como justificable (por ejemplo como consecuencia de acciones pasadas como el hecho de fumar) (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998), pero por otra parte, se ha hallado que en enfermos con cáncer de pulmón, el hecho de atribuir su cáncer al hecho de haber fumado se relaciona con mayor malestar psíquico, mayor sintomatología depresiva y menor esperanza (Faller, Schilling y Lang, 1995). De ellos podemos deducir que la búsqueda de

atribuciones causales no siempre da sentido al sufrimiento, sobre todo si se relaciona con sentimientos de culpabilidad.

También es posible hallar un sentido al sufrimiento tratando de asimilar los datos generados por la pérdida en los esquemas del mundo que existían previamente o bien, tratar de revisar la propia visión del mundo, pero esta parece ser la vía más angustiosa y difícil a la que se recurre cuando los datos de la pérdida no se pueden asimilar (Janoff-Bulman, 1992).

Es posible que la situación de sufrimiento estimule la búsqueda de sentido de la vida y que la búsqueda del sentido del sufrimiento ayude a la adaptación a dicha situación. Para Yalom (1984) la supervivencia en circunstancias extremas depende de la capacidad de cada uno de encontrar un significado en el propio sufrimiento. Pudiendo incluso el sufrimiento tener un sentido si a uno le eleva.

En relación con la posibilidad de buscar sentido ante el dolor, se encontraron en un estudio con 280 personas (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998), sobre la búsqueda de sentido ante la pérdida de un ser querido, los siguientes resultados:

- A los 6 meses de la pérdida: 68% encontraban algún significado a la muerte y 73% encontraban algo positivo en la experiencia.
- No se halló asociación entre encontrar significado a la pérdida y referir beneficios consecuencia de dicha situación.
- Hubo menores niveles de angustia a los 6 meses en quienes encontraban sentido a la pérdida o encontraban algo positivo en la experiencia a los 6 y los 13 meses de la pérdida.
- Ningún sentido particular se asociaba con más fuerza a la adaptación que los otros.
- Encontrar sentido y algo positivo en la experiencia hace de factor mediador en el impacto que supone una pérdida.
- Encontrar sentido a la pérdida se relaciona más con la adaptación a los 6 meses.

- Referir aspectos positivos se relaciona más con la adaptación a los 18 meses.

De ahí deduce el autor que encontrar sentido es crítico en la adaptación al trauma o la pérdida y que puede implicar diversos procesos psicológicos sobre los que habría que investigar más.

El sufrimiento, puede ser por otra parte consecuencia de la pérdida del sentido de la vida, pues el hombre sin rumbo se puede ver abocado a la desesperación y a su vez el sufrimiento se multiplica si ante una experiencia dolorosa, no se halla ningún sentido. Por ello, el hallar un sentido al sufrimiento, puede ayudar a mitigar el dolor que éste produce (Frankl, 1990b).

La pérdida de sentido de la vida también podría ser consecuencia de una situación de sufrimiento que desenfoca la meta, la explicación del sentido de la vida y de las metas que la orientan (Henrion, 1983; Noguchi et al., 2006).

10.- SENTIDO LA VIDA Y SIGNIFICADO DEL CÁNCER

Las enfermedades que amenazan la vida tienen el potencial de alterar los roles que asume el individuo, amenazando sus proyectos vitales y el sentido que ha dado a su vida hasta ese momento (Henrion, 1983; Noguchi et al., 2006). Por los motivos citados puede disminuir la ilusión de autonomía y control personal que es tan importante en nuestra cultura (Taylor, 1983, 1984).

El cáncer impone un nivel de cambio y disrupción que no se asimila fácilmente, los individuos se ven forzados a reorganizar aspectos centrales de sus vidas que implican cambios en su percepción del sentido (que se puede ver perdido o alterado), en relación con su identidad y el contexto social en el que se encuentran a sí mismos y en relación con entender el origen de su situación (Fife, 1994). La búsqueda de significado parece ser una parte importante de la experiencia de padecer un cáncer, pues supone una situación de crisis que puede forzar a la persona a buscar nuevos significados en su vida que integren esta experiencia (Taylor, 1995; Thompson & Janigian, 1988).

Esta situación puede ser una situación de crisis personal, que al igual que otras crisis vitales requiere que se reconstruya y transforme el sentido en el que basamos nuestras vidas, pero también podría ser una oportunidad de aprendizaje y crecimiento personal (Kroeff, 1999) o una oportunidad para encontrar beneficios en la experiencia (Taylor, 1995). En estas situaciones es de vital importancia el sentido que se desarrolle de las experiencias tempranas de la crisis, que proporcionan una base sobre la que el sentido es construido de cara al futuro (Fife, 1994), siendo por lo tanto el sentido un elemento importante para estos enfermos (Ersek & Ferrell, 1994; Taylor, 1993b; Weisman, 1979). En relación con el sentido o significado que se da a la situación de padecer un cáncer, señala Bayés (2001) que lo importante frente a la situación de enfermedad *“no son los síntomas en sí mismos sino las valoraciones de intensidad amenazadora que los mismos suscitan en las personas concretas que los padecen”* (p.61-62) por lo tanto, *“lo que origina el sufrimiento no son los hechos sino el significado que les atribuyen los enfermos y sus personas queridas”* (p.62).

La confrontación con todas las dificultades que supone tener un cáncer puede producir una pérdida del sentido de la vida (Noguchi et al., 2006), pero no tiene por qué ocurrir siempre si son capaces de encontrar un sentido a lo que les está pasando (Frankl, 1990a; Henrion, 1983; Yalom, 1984); el sentido puede ayudar a soportar la situación de enfermedad.

Los temas existenciales sobre la muerte, relaciones humanas, identidad, el sentido y el propósito de la vida son de vital importancia para muchos pacientes con cáncer (Fife, 1994; Weissman, 1976-77, 1979, Cole & Pargament, 1999). Steeves (1992) en su estudio con personas sometidas a trasplante de médula ósea, encontró que los individuos buscaban sentido como una vía para entender su experiencia y situarla dentro de sus esquemas vitales, lo que les proporcionaba una base para la adaptación a circunstancias increíblemente dolorosas. En consonancia con estas ideas afirma Acevedo (1985) que *“la búsqueda de sentido en la vida, y especialmente en la situación de enfermar, tiene efectos terapéuticos, porque las preguntas que surgen en lo más profundo del ser humano, en las situaciones límites, se refieren precisamente al sentido de la vida; y esto origina un mejoramiento del medio (existencia humana) en el que se está desarrollando el proceso de la enfermedad”* (p.95). En consonancia con estas ideas, Yalom (1984) comprobó que para algunos enfermos terminales con cáncer, era posible encontrar un sentido a la vida y que los encontraban un sentido profundo del

significado de sus vidas vivían más plenamente y se enfrentan a la muerte con menos desesperación que aquellos cuyas vidas carecen de significado.

La habilidad para encontrar sentido de un evento amenazante, a menudo proporciona una adaptación exitosa a la enfermedad (Brady et al, 1999; Taylor EJ, 1993a; Taylor SE, 1983; Thompson & Pitts, 1993), por lo que las personas con cáncer, luchan por dar un sentido a su enfermedad (Ersek y Ferrell, 1994). Aquellos que le dan un sentido más negativo suelen tener un peor estado psicológico, dicho sentido más negativo es más frecuente en estadios más avanzados de la enfermedad (Sarna et al., 2005) y en personas más jóvenes (Sarna et al., 2005; Taylor, 1993; Vickberg et al., 2001); algo que no está del todo claro puesto que se obtienen resultados en un sentido opuesto en otro estudio, es decir, los más jóvenes encontraban más sentido a la vida en la situación de tener un cáncer (Pinquart, Frölich y Silbereisen, 2007).

Frankl (1988, 1990a, 1990b 1999a, 1999b) sostiene que es posible que el significado de la vida se halle, no sólo a pesar del sufrimiento, sino a causa del sufrimiento inevitable, como puede ser una enfermedad incurable. La enfermedad genera sufrimiento y a través de este sufrimiento, el hombre puede hallar la ocasión de profundizar en su propia existencia (Monge y León, 1999).

El significado que se le da al cáncer implica la percepción que uno tiene de sí mismo en el contexto del mundo que le rodea y en relación con el sentido de su vida; dicho significado hallado en la situación de tener un cáncer le puede ayudar a vivir mejor con su situación. El sentido abarca la percepción individual de la habilidad de llevar a cabo metas futuras, de mantener las relaciones interpersonales de una forma adecuada, y de sostener una vivencia de vitalidad personal, competencia y poder. Es importante tener en cuenta el hecho de que el sentido o significado que se le da al cáncer, al igual que el sentido de la vida, es único para cada persona y específico de la experiencia concreta por la que está pasando. Dicho significado del cáncer se construye sobre la base de lo que es importante en la vida para cada uno, como sujeto que se ve afectado por una experiencia de enfermedad y por otra parte influye en la conducta del enfermo y en su adaptación a la misma (Fife, 1994).

Según Fife (1994), son tres los factores que se podría esperar que afectaran al significado que se da al cáncer:

- 1) El grado en el que la persona percibe que está capacitada para controlar la situación.
- 2) Las vías objetivas en que el suceso afecta las habilidades habituales para funcionar.
- 3) Cualquier cambio relacionado con la situación en relación con como el individuo es percibido por los otros.

Fife (1994) considera cuatro aspectos en el significado que se le da al cáncer:

- 1) Respuesta del individuo a la enfermedad: aspectos difíciles y aspectos positivos.
- 2) Cambios que ocurren como consecuencia de la enfermedad en la autopercepción de uno mismo.
- 3) Impacto del cáncer en las relaciones del individuo con el mundo social.
- 4) Anticipación de efectos de la enfermedad en el mundo futuro.

Según esta autora, hay una importante asociación entre los roles sociales, la integración en el mundo social y el sentido de uno mismo. Cuando la enfermedad afecta a una de estas dimensiones, se produce una repercusión sobre las otras. Si el sujeto estima que la situación no es susceptible de cambiar, la lucha consistiría en poner el suceso en una perspectiva que no le denigre y le haga parecer la situación más manejable (Fife, 1994).

El sentido en enfermos de cáncer se ha considerado desde diferentes perspectivas que se explican a continuación:

1) Significado de la existencia de forma global o sentido de la vida (Frankl, 1988; O'Connor, 1990; Tomich & Helgeson, 2002): puede tener que ver con ver una continuidad entre pasado, presente y futuro, una visión de tipo espiritual y/o religiosa y con encajar los hechos concretos de la existencia dentro de dicha visión global o con la autotranscendencia (Frankl, 1988; Reed, 1991). También se ha considerado el tener un sentido global como

mediador del efecto de pensamientos intrusivos en el malestar psicológico (Vickberg et al., 2001).

2) Sentido de la situación o sentido contextual (*contextual meaning*) (Fife, 1994): tendría que ver con el sentido de la situación en relación con la propia vida. Supone las implicaciones que la enfermedad tiene para la propia vida, expectativas con respecto al futuro y relaciones sociales. El hecho de padecer un cáncer produce con frecuencia un cambio en dichos aspectos al producirse un cambio de las prioridades del sujeto; esto cambia el sentido contextual de la situación. El impacto de los cambios en el sentido que adquiere el futuro puede ser positivo, por ejemplo tener interés en hacer lo que antes no se ha hecho por la sensación de tener aprovechar el tiempo que queda. Lo que muestra como el sentido puede influir en el comportamiento. En esta situación es importante redefinir el evento y su sentido para que éste encaje realísticamente en el contexto de los cambios que impone la enfermedad a la propia vida, en el caso de que no se pueda seguir luchando por los objetivos previos a esta situación. Las personas que pueden incorporar los eventos negativos a su percepción del sentido del mundo, experimentan menos malestar psicológico que aquellos cuya visión del mundo es destruida por la enfermedad (Wortman & Silver, 1989).

3) Sentido de uno mismo (*self meaning*) (Fife, 1994): sería el sentido de uno mismo dentro de la situación de enfermedad que tiene que ver con cómo se ve a uno a sí mismo en dicha situación. Supone las implicaciones que la enfermedad tiene para la identidad personal y puede suponer dos aspectos fundamentales:

- La sensación de pérdida de control personal por la impredecibilidad de la situación y la incertidumbre. Se podría recuperar el sentimiento de ser director de la propia vida focalizando la atención en aspectos positivos de la vida y defendiendo los aspectos valiosos para uno y enfatizando la propia habilidad de dar sentido a las cosas.

- Cambios en la autoestima: por amenazar los roles que uno asume (estatus social, impacto en relaciones interpersonales, sentimientos de aislamiento, etc). Los cambios en la autoestima no son siempre negativos, pues el cáncer también puede adoptar un sentido positivo si se tiene una vivencia de reto (por ejemplo para hacerse más fuerte), que supone mantener una perspectiva del sentido de la situación que la hace parecer manejable y no denigra a la imagen de uno mismo.

- Cambios en la imagen corporal como consecuencia de los tratamientos o de la propia enfermedad.

4) Sensación de continuidad entre pasado, presente y futuro (Fife, 1994).

5) Representación cognitiva: desde esta perspectiva se considera que cada paciente se hace una representación cognitiva de su ser y del mundo (Thompson & Janigian, 1988; Janoff-Bulman, 1992; Tomich & Helgeson, 2002) y que esto repercute en la manera que da significados a cada situación y por lo tanto en su adaptación a la misma.

6) Sentido de coherencia de lo que está pasando (Antonovsky, 1987).

7) Significado atribuido a la enfermedad (Lipowski, 1969, 1970).

Cuando una persona tiene un cáncer puede adoptar diferentes actitudes con respecto al significado que le da a su situación: de búsqueda de sentido (Carter, 1993; O'Connor et al., Steeves, 1992), de descubrimiento del mismo ante las circunstancias (Albaugh, 2003; Mahon & Casperson, 1997; Taylor, 2000), de evaluación del sentido que uno tiene en esa circunstancia, o incluso de reconstrucción del mismo cuando lo ve alterado o destruido por la experiencia de la enfermedad (Fife, 1994) o por la confrontación con la posibilidad de la muerte (Carter, 1993; Halstead & Hull, 2001; Mahon & Casperson, 1997).

La búsqueda de sentido en estos enfermos se realiza fundamentalmente de tres formas:

1) Búsqueda de atribuciones de casualidad y especulaciones sobre su posible impacto en el cuerpo y metas futuras (Carter, 1993; Fife, 1994; Halstead & Hull, 2001; Janoff-Bulman, 1992; Janoff-Bulman et al., 1983, 1997; Mahon & Casperson, 1997; O'Connor et al., 1990; Steeves, 1992; Taylor, 1995, 2000). Estas atribuciones tendrían que ver con la búsqueda de las causas de la situación que se está viviendo, que en el caso que estamos tratando tendría que ver con buscar las causas de por qué se padece un cáncer. De esta búsqueda de causas se puede llegar a buscar la causa última de por qué suceden las cosas, idea que conecta con la búsqueda del sentido global de la vida (Frankl, 1999a). Pero este mecanismo no siempre es positivo porque puede generar sentimientos de culpa en personas que consideran que lo que

les ha sucedido es debido a su comportamiento, como por ejemplo en el caso de pacientes con cáncer de pulmón que han fumado previamente y que atribuyen su enfermedad al hecho de fumar (Faller, Schilling y Lang, 1995).

2) Aceptación de las pérdidas y de las cuestiones relacionadas con el cáncer (Carter, 1993; Halstead & Hull, 2001; Taylor, 2000).

3) Reordenación de prioridades vitales, enfocándose más hacia actividades relacionadas la búsqueda de algún sentido para sus vidas o para la circunstancia que están viviendo (Carter, 1993; Mahon & Casperson, 1997; O'Connor, 1990; Taylor, 1983; Yalom, 1984). La persona enferma cambia con frecuencia su escala de valores y aprende a distinguir lo que vale la pena y lo que no (como poner más énfasis en relaciones familiares o en cumplir ilusiones de toda la vida) (Vastyan, 1984; Barthe, 1997). Para algunos autores, estos procesos de reordenación interna que se producen en circunstancias adversas ayudan a recuperar una sensación de propósito en la vida (Taylor, 1983, 1984; Vastyan, 1984).

4) Intentar vivir con plenitud y no pensar en los problemas relacionados con la enfermedad (Carter, 1993; O'Connor, 1990; Yalom, 1984).

5) Buscar los aspectos positivos de la situación (Barthe, 1997; Bayés, 1991; Carter, 1993; Carver & Antoni, 2004; 1997; Degner et al., 2003; Fife, 1994, 1995; Kennedy et al., 1976; Kroeff, 1999; Lechner et al., 2003; Mahon, Cella y Donovan, 1990; Mahon & Casperson, 1997; O'Connor et al., 1990; Salmon, Manzi y Valori, 1996; Taylor EJ, 2000; Taylor SE, 1983; Taylor SE et al., 1984; Urkuyo et al., 2005; Vastyan, 1984; Yalom, 1984). En diferentes estudios, los pacientes han referido haber encontrado aspectos positivos de la situación, como una mayor apreciación de la vida, un mayor sentimiento de disfrute y felicidad en las actividades diarias, una mayor intensidad de las relaciones interpersonales y una toma de conciencia sobre sí mismos (Lechner et al., 2003; Taylor et al., 1984; Urkuyo et al., 2005). Esta capacidad de identificar los aspectos positivos parece asociarse con la habilidad para continuar obteniendo placer y satisfacción de la vida (Affleck & Tennen, 1996; Taylor et al., 1984). Las personas consiguen dicho significado positivo sufren un menor malestar emocional como consecuencia de la enfermedad y siguen considerando que la vida merece la pena (O'Connor et.al, 1990). También refieren haberse vuelto personas más abierta y menos críticas, más tolerantes y con más interés en cuestiones espirituales (O'Connor et al.,

1990; Barthe, 1997; Urkuyo et al., 2005; Vastyan, 1984). Según estos autores, este cambio tiene que ver con el enfrentarse a la muerte (O'Connor et al., 1990; Fife, 1995; Salmon, Manzi y Valori, 1996; Mahon y Casperson, 1997; Yalom, 1984). La búsqueda de aspectos positivos en la situación de tener cáncer se ha relacionado con menores alteraciones psicopatológicas (Carver & Antoni, 2004; Degner et al., 2003; Urkuyo et al., 2005) como menor malestar psicológico y menos síntomas de depresión (Carver & Antoni, 2004; Urkuyo et al., 2005), efectos psíquicos positivos (Degner et al., 2003; Urkuyo et al., 2005) y mayor calidad de vida (Carver & Antoni, 2004; Urkuyo et al., 2005). En un estudio de Degner y colaboradores (2003) con 1012 mujeres con cáncer de mama, un 85% encontraron la enfermedad como un reto o expresaron que obtuvieron experiencias valiosas de la situación. A los 3 años de la valoración inicial, un 79% mantenían su visión positiva con respecto a la experiencia de la enfermedad, esas mismas mujeres tenían menor ansiedad, depresión, mejor funcionamiento emocional en comparación con la que tenían una perspectiva negativa. Además, la búsqueda de aspectos positivos de la situación también se ha relacionado con optimismo (Urkuyo et al., 2005, Carver et al., 1993; Scheier & Carver, 1992), esperanza y Locus de control interno (Tennen & Affleck, 1999), con estadios más avanzados de la enfermedad (Carver & Antoni, 2004; Lechner et al., 2003; Tomich & Helgeson, 2002; Urkuyo et al., 2005), menor nivel educativo (Carver & Antoni, 2004; Urkuyo et al., 2005) y con afrontamiento mediante reinterpretación positiva de la situación (Sears, Stanton y Danoff-burg, 2003; Urkuyo, 2005). Con respecto a la edad hay resultados contradictorios porque en un estudio la búsqueda de aspectos positivos en la situación, se ha relacionado con menor edad (Lechner et al., 2003) y en otro con mayor edad (Carver & Antoni, 2004). Resulta llamativo que en los estudios realizados por Salmon, Manzi y Valori (1996) con enfermos oncológicos, los más jóvenes sintieran un mayor resentimiento por su situación que los de mayor edad, pero también apreciaran unos beneficios más prominentes por parte de la enfermedad que a otras edades.

En un estudio prospectivo (Carver & Antoni, 2004) se ha encontrado que la búsqueda de dichos beneficios se asociaba años después a mejor calidad de vida, un afecto más positivo, menor afecto negativo y menos síntomas de depresión.

No en todos los estudios se ha hallado esta relación entre encontrar aspectos positivos de la situación y mejor estado de salud mental; Lechner y colaboradores (2003) no han hallado ninguna relación entre buscar aspectos positivos de la situación y neuroticismo;

Sears, Stanton y Danoff-burg, colaboradores (2003) no han encontrado relación entre búsqueda inicial de beneficios en la situación y malestar psíquico un año después.

6) Relacionar lo que sucede con un sentido global (Albaugh, 2003; Mahon & Casperson, 1997; O'Connor, 1990; Taylor, 2000). En ocasiones dicha relación con un sentido global se realiza con cuestiones de tipo religioso y/o espiritual (Carter, 1993; Ferrell et al., 2003; Reed, 1991).

7) Considerar la enfermedad como un reto o como un enemigo (Barkwell, 1991; Lipowski, 1970) lo que generaría una actitud de lucha. En el estudio de Barkwell (1991), con 100 pacientes terminales con cáncer, se ha encontrado que el atribuido al dolor del cáncer (considerar éste como un reto), se asocia a menores niveles de depresión.

8) Revisión de relaciones interpersonales: consistiría en hacer una consideración de que relaciones merecen la pena y actuar en consecuencia (Ferrell, 2003).

La habilidad de encontrar sentido a la situación descrita, se ha relacionado con diferentes efectos positivos como tener una mayor autoestima (Lewis, 1989), mejor afrontamiento de la enfermedad (Barkwell, 1991), menor frecuencia de trastornos afectivos (Barkwell, 1991) y optimismo (Thomsom & Pitts, 1993).

Aunque la mayoría de los datos apuntan a que la búsqueda de sentido puede facilitar la adaptación adecuada a la enfermedad o su menor repercusión psíquica negativa, no siempre se han encontrado efectos beneficiosos relacionados con la búsqueda de sentido en enfermos de cáncer. Hay personas que lo buscan y no lo encuentran y por lo tanto tienen un afecto más negativo que quienes lo encuentran (Tomich & Helgeson, 2002), mayor ansiedad (Lewis, 1989), una estrategia de afrontamiento de evitación (Schnoll, Knowles y Harlow, 2002), mayor percepción del dolor (Barkwell, 1991), sintomatología depresiva (Barkwell, 1991), mayor dependencia de otros (Taylor, 1993a) y malestar psicológico (Mullen, Smith y Hill, 1993; Taylor, 1993a; Vickberg et al., 2000, 2001; Schnoll, Knowles y Harlow, 2002; Tomich & Helgeson, 2002). También se ha hallado relación entre tener un sentido global de la vida y mayor malestar psicológico (Vickberg et al., 2000).

El sentido como un descubrimiento, a partir de la situación de enfermedad, se ha encontrado en algunos pacientes a través de las siguientes posibilidades:

- 1) Mayor percepción de un sentido global de la vida (Ferrell et al., 2003; Halstead & Hull, 2001; Salmon, Manzi y Valori, 1996; Urkuyo et al., 2005).
- 2) Mayor valoración de la vida (Salmon, Manzi y Valori, 1996).
- 3) Descubrir una sensación de plenitud a pesar de la situación (Ferrell et al., 2003; Halstead & Hull, 2001; Mahon & Casperson, 1997; O'Connor, 1990). Muchas personas refieren haberse enriquecido por la enfermedad, en el sentido de que ésta les ha brindado la oportunidad de tener una percepción más clara del sentido de la vida, y la experiencia de sentir su vida enriquecida por la nueva perspectiva (Fife, 1994, 1995; Salmon, Manzi y Valori, 1996; Barthe, 1997). Este enriquecimiento consiste por ejemplo en un examen más íntimo de la vida pasada y de sus logros.
- 4) Descubrimiento de un sentido de compromiso con uno mismo (Taylor, 2000).
- 5) Desarrollar mayor empatía y compasión hacia otros (Steeves, 1992; Taylor, 2000).
- 6) Altruismo (Yalom, 1984): Con frecuencia para estas personas es una gran fuente de realización personal el ayudar a otros.
- 7) Tener mayor conciencia de lo que es realmente importante en la vida (Mahon & Casperson, 1997).
- 8) Tener una sensación de mejoría de las relaciones interpersonales (Mahon & Casperson, 1997; Salmon, Manzi y Valori, 1996).
- 9) Tener mayor sensación de libertad (Salmon, Manzi y Valori, 1996).
- 10) Tener mayor espiritualidad (Urkuyo et al., 2005).

En casos de otras enfermedades terminales también hay hallazgos similares; los enfermos pueden sufrir una serie de cambios positivos en su manera de ver la vida: se comunican más abiertamente con la familia y amigos, experimentan menos temores, reordenan sus prioridades vitales y están menos preocupados con las trivialidades de la vida viven más la inmediatez de la experiencia en lugar de posponer la experiencia y el placer en el futuro (Yalom, 1980; Monge y León, 1999).

Por todos los motivos referidos consideramos que es esencial en la relación con el paciente, tener en cuenta la perspectiva del paciente sobre el sentido que para él puede tener su vida y entender que el sentido de su vida debe insertarse en la situación concreta que está viviendo. Para el médico, existe el peligro de omitir la perspectiva del paciente, los criterios por los que los pacientes evalúan sus vidas (Salmon, Manzi y Valori, 1996), ya que normalmente suele considerar prioritarios los aspectos biológicos del paciente. Ayudar a los pacientes con cáncer y a sus familias a encontrar sentido en su experiencia, parece ser un punto importante de atención clínica (Ersek y Ferrell, 1994). Incluso hay autores que afirman que una meta del tratamiento debería ser promover la búsqueda de experiencia de sentido en los pacientes y en sus cuidadores (Ferrell et al., 2003).

Aunque son escasos, hay cada vez más estudios sobre el sentido en enfermos de cáncer (Lee, 2004; White, 2004), tanto sobre el sentido de la vida en enfermos de cáncer como sobre el sentido de esta enfermedad. Ambos con frecuencia se consideran estrechamente interrelacionados.

Centrándonos en la situación concreta del cáncer de pulmón y el tema del sentido, se ha encontrado un solo estudio sobre el sentido con 217 mujeres con esta enfermedad. De ellas un 63% referían significados positivos, siendo en la mayoría de los casos (53%) el significado atribuido a la enfermedad como un reto. En aquéllas que el significado de la enfermedad era negativo había mayor malestar psíquico con sintomatología depresiva (Sarna et al., 2005).

En el presente trabajo nos centraremos en el estudio del sentido de la vida en estos enfermos, entendiendo el sentido de la vida tal y como lo concibe la Logoterapia de Frankl, tal y como se ha explicado previamente.

11.- SENTIDO Y AFRONTAMIENTO

11.1.- Introducción

Ciertos modelos teóricos sobre el proceso de afrontamiento o la adaptación tras una situación dolorosa o estresante han enfatizado que encontrar sentido juega un papel crítico en dicha adaptación (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; Frankl, 1988, 1990a, 1990b; Janoff-Bulman, 1992; Moos & Schaefer, 1986; Taylor, 1983, 1984). Dicho sentido está mediado en parte por una evaluación cognitiva que lleva a un determinado significado de una situación dada, lo que conecta con las ideas de Lazarus y Folkman (1986) en relación con la evaluación primaria o secundaria de una situación para determinar el grado de estrés que genera y la reacción ante la misma. Por lo tanto, podríamos decir que una evaluación primaria o secundaria de una situación y el sentido que se le da a la misma están estrechamente relacionados desde un punto de vista conceptual. Además la evaluación que se hace de la situación se configura firmemente en el sentido personal que una persona puede encontrar en función de variables relacionadas con experiencias pasadas e ideas que han sido internalizadas previamente (Hamburg & Adams, 1967); estableciéndose una relación circular entre sentido y evaluación de una situación determinada. En relación con estas ideas, se ha afirmado que el significado que construyen los individuos ante una situación determinada, es el que hace posibles los mecanismos de afrontamiento (Ferrell et al, 2003; Fife, 1995; Lazarus & Folkman, 1986).

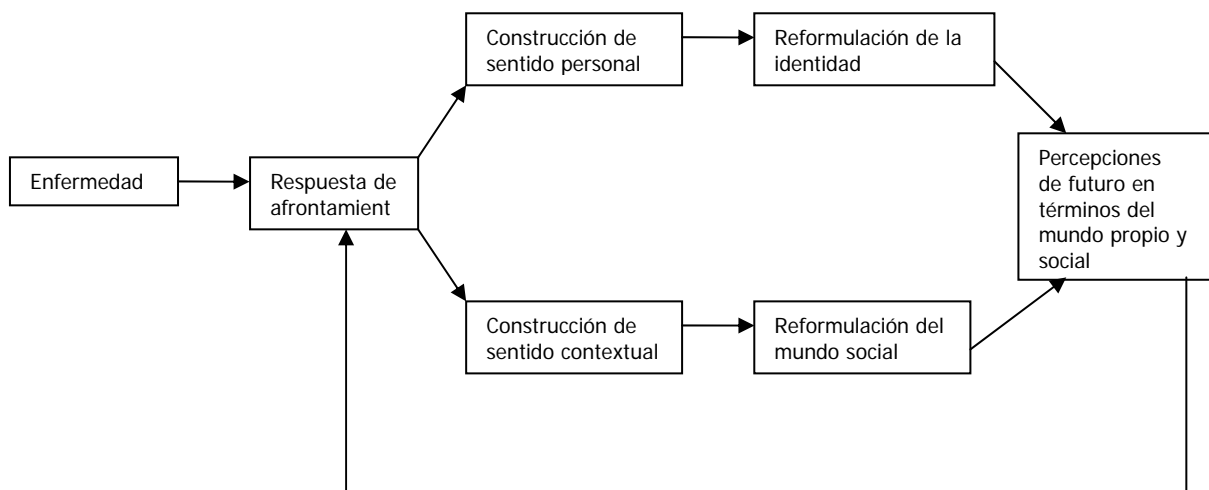
Con respecto al afrontamiento de situaciones estresantes se ha teorizado, que para resolver una situación de pérdida, es importante el desarrollo de una comprensión del evento y sus implicaciones (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; Frankl, 1988, 1990a, 1990b; Janoff-Bulman, 1992; Moos & Schaefer, 1986; Taylor, 1983, 1984). Las personas encuentran una motivación en encontrar sentido a los acontecimientos negativos de la vida en un intento de creer que dichas situaciones pueden tener algún significado, pueden ser predecibles o bien ocurren por alguna razón (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998).

Con respecto a un significado más amplio, relacionado con el sentido de la vida, se ha encontrado relación entre un afrontamiento más adaptativo del cáncer y una mayor percepción del sentido de la vida (Noguchi et al., 2006). Con relación a otras enfermedades físicas Reker

(1994) encontró que el encontrar sentido a la vida sirve como un amortiguador del estrés que generan dichas enfermedades físicas y se asocia con un mayor bienestar psíquico y físico.

Según algunos modelos teóricos, el trauma y la pérdida tienen el potencial de amenazar el propio sentido de la vida (Janoff-Bulman, 1992), lo que supone la necesidad de desarrollar estrategias de afrontamiento. Dichas amenazas se mitigan según varios autores (Taylor, 1983; Taylor & Armor, 1996), mediante una percepción selectiva del evento como una llamada al despertar para reordenar las propias prioridades vitales o como una oportunidad para crecer, sirviendo como un catalizador para la revisión de metas y prioridades; cuyo objetivo final sería en entenderse a uno mismo en el contexto de la adversidad.

El sentido es muy importante en el contexto del estrés y del afrontamiento de enfermedades graves, que suponen una situación excepcional que imponen cambios irrevocablemente rompiendo la continuidad de la vida cotidiana. En consecuencia, los individuos se ven obligados a redefinir los significados que para ellos ha asumido la vida previamente (Fife, 1994) tal y como se muestra en el siguiente esquema de esta autora:



El proceso de construir sentido a una situación dolorosa se ha descrito en dos vías posibles en relación con el afrontamiento de dicha situación (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998):

1) Encontrar un significado de la situación dentro de un sentido global de la vida (Brennan, 2001; Frankl, 1988, 1990a, 1990b; Janoff-Bulman & Frieze, 1983; Janoff-Bulman, 1992; McIntosh, Silver & Wortmann, 1993; Park & Folkman, 1997; Steeves, 1992; Thompsom & Janigian, 1988).

2) Encontrar aspectos positivos o beneficios de la experiencia (Affleck & Tennen, 1996; Carter, 1993; Barthe, 1997; Fife, 1995; Mahon et al., 1990; O'Connor et al., 1990; Salmon, Manzi y Valori, 1996; Taylor EJ, 2000; Taylor SE, 1983, 1984; Urkuyo et al., 2005; Vastyan, 1984).

Muchos autores no han diferenciado estas dos vías posibles, asumiendo que ambas implican los mismos procesos psicológicos (Frankl 1988, 1990a). Aunque investigadores posteriores han definido las dos posibilidades del sentido (Affleck & Tennen, 1996). También Janoff-Bulman & Franz (1997) han hecho una distinción similar al diferencias entre *sentido-como-conjunto* (en relación con la propia visión del mundo) y *sentido-como-significado* (valor del evento para la propia vida). Estos autores suponen que la adaptación exitosa implica encontrar un significado al evento y después encontrar un beneficio o valor en la experiencia para la propia vida. Estas categorías coincidirían la primera con la de encontrar significado dentro del sentido global de la vida y la segunda con encontrar aspectos positivos o beneficios de la experiencia.

Con respecto a aspectos concretos de la búsqueda de sentido, se ha encontrado relación positiva entre la búsqueda de aspectos positivos de la situación y afrontamiento mediante la reinterpretación positiva, el afrontamiento mediante la religión, afrontamiento activo y aceptación (Sears, Stanton y Danoff-burg, 2003); además se ha encontrado una relación negativa entre la búsqueda de aspectos positivos y uso de drogas (Urkuyo, 2005). Lipowski (1970) también afirma que el sentido que encuentran las personas a lo que les sucede, influye en las estrategias de afrontamiento.

Se ha encontrado una correlación positiva en varios estudios entre encontrar sentido a la vida y el afrontamiento más adaptativo del cáncer (Barkwell, 1991; , 1991; Fife, 1994; Lewis, 1989; Noguchi et al., 2006; O'Connor, 1990; Reed, 1991; Taylor, 1983) y entre una adaptación psicológica adecuada al cáncer y encontrar sentido a la vida (Brady et al, 1999; Brennan, 2001; Schnoll, Knowles y Harlow, 2002; Taylor SE, 1983; Taylor EJ, 1993a;

Thompson & Pitts, 1993; Vickberg et al., 2000). Por lo tanto, el encontrar sentido a la vida puede tener relación con el afrontamiento adecuado de la situación de tener un cáncer y con la adaptación adecuada a dicha situación (Ersek & Ferrell, 1994; White, 2004), tal y como han mostrado algunos estudios (Brady et al., 1999; Schnoll, Knowles y Harlow, 2002; Taylor, 1993; Thompson & Pitts, 1993).

Varios autores han relacionado las interpretaciones sobre la situación de enfermar y el sentido (por ejemplo, el sentido de la enfermedad) con la adaptación o el afrontamiento del cáncer (Barkwell, 1991; Breitbart, 2002; Fife, 1995; Folkman & Greer, 2000; Lee, 2004; Luker et al., 1996; Steeves, 1992; Taylor, 1983, 1984; Voogt, 2004 Yalom, 1984), el afrontamiento de otras enfermedades (Lipowski, 1970) o el afrontamiento de otras situaciones de la vida en las que se encuentran dificultades (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; Längle, 2005).

Los estudios de Ersek (1991) y Taylor (1983) muestran que el hallar sentido fomenta un afrontamiento positivo y aumenta la esperanza. Pues habitualmente, las estrategias para buscar sentido son similares a las que ayudan a encontrar esperanza.

Según Weissman (1975), los acontecimientos negativos se pueden afrontar cambiando el “esquema vital” de manera que se acomode a los acontecimientos negativos o cambiando la percepción que uno tiene de ellos. Dicho afrontamiento consistiría sobre todo en intentar hallar valor a la vida a pesar de posibilidad de la muerte.

Además, el hecho de revelar los sentimientos concernientes a asuntos existenciales (como el sentido de la vida), ha mostrado jugar un papel esencial en el afrontamiento del cáncer para aquellos que lo padecen (O'Connor et al., 1990), pues un aspecto esencial de dicho afrontamiento, es hallar un sentido a esta experiencia (Ersek y Ferrell, 1994).

11.2.- Estudios empíricos sobre afrontamiento del cáncer y sentido

Son escasos los estudios que buscan relación entre afrontamiento y sentido en enfermos de cáncer. Se hace referencia a los mismos a continuación:

- Taylor SE (1983) hizo un estudio cualitativo con 78 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y halló que el encontrar un sentido positivo a su experiencia correlacionaba positivamente con una mejor adaptación psicológica. Concluye que la búsqueda de sentido era un elemento integral en la adaptación cognitiva a un evento que amenaza la vida.
- Steeves (1992) en un estudio longitudinal con 6 pacientes que se sometían a trasplante de médula ósea, había relación entre el papel del sentido en el afrontamiento y la regulación del comportamiento de los pacientes. Encontró una relación importante entre la construcción de un sentido y que las estrategias de afrontamiento del paciente fueran posibles.
- Fife (1995) en su investigación con 422 personas con cáncer también halla relación entre las estrategias de afrontamiento y el sentido que las personas atribuyen a su situación. En concreto halla correlación positiva de dicho sentido con centrarse en aspectos positivos de la situación y recurrir a la negación y halla correlación negativa del dicho sentido con las estrategias de evitación.
- Schnoll, Knowles y Harlow (2002) realizaron un estudio con 109 enfermos con cáncer para estudiar variables relacionadas con la adaptación al cáncer y encontraron que el sentido, medido con el test PIL, tenía relación con la mejor adaptación a la situación de enfermedad.

Pero a pesar de los datos referidos, no todos los estudios hallan esta relación positiva entre afrontamiento y encontrar sentido, hay algunos estudios publicados que no hallan dicha asociación. Dichos estudios se resumen a continuación:

- Lehman y colaboradores (1993) encontraron en personas que se enfrentaban a la muerte de un ser querido que no había asociación entre encontrar sentido y el afrontamiento de dicha situación.
- Tedeschi y Calhoun (1996) en un estudio sobre los aspectos positivos consecuencia de una situación traumática tampoco encontraron dicha asociación.

Hay otros estudios que tienen una relación indirecta con el tema del afrontamiento y el sentido en los que se ha encontrado una asociación entre pequeña y moderada entre sentido y adaptación a la adversidad (Aldwin, Levenson & Spiro, 1994; Curbow et al, 1993; McIntosh, Silver y Wortman, 1993; Taylor, Lichtman & Wood, 1984). Aunque estas asociaciones significativas entre sentido y adaptación podrían tener explicaciones alternativas; como por ejemplo que el hecho de hallar beneficios en una situación o hacer una reinterpretación positiva de la misma puede atribuirse a un mayor optimismo disposicional (Carver et al., 1993; Scheier & Carver, 1992), es decir, a algo relacionado con la personalidad previa.

También se podría suponer que dichas asociaciones entre sentido y mejor adaptación podrían deberse a los menores niveles previos de angustia; si uno está más liberado de dicha angustia es más fácil que pueda hallar sentido en lo que le sucede (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998).

De todo lo dicho se podría deducir que podría haber alguna relación entre la búsqueda de sentido a la experiencia de padecer un cáncer y el mejor afrontamiento de ésta. Si esto es así se pone de manifiesto la importancia de ayudar a los enfermos a hallar un sentido o significado a su vivencia del diagnóstico y de todo lo que rodea al hecho de padecer un cáncer, además de insertar todo esto en un sentido más global de su existencia.

12.- SENTIDO DE LA VIDA Y LOCUS DE CONTROL

La percepción de un mayor sentido de la vida y un Locus de control interno se han relacionado por separado con un mejor estado de salud mental tal y como se ha reflejado en capítulos previos. Es probable que ambos parámetros estén interconectados de alguna manera de cara a promover una mayor estabilidad psíquica de los individuos. Parece ser que las personas que encuentran que su vida tiene más sentido sienten un control realista sobre su destino y tienen una expectativa más positiva de que los comportamientos que tengan algún sentido sean reforzados (Phillips, 1980). Esta idea encaja con la idea de sentido de la vida de Frankl (1988, 1990a, 1990b, 1994, 1999a, 1999b) relacionada con una asunción de libertad y responsabilidad personales, dimensiones de la persona que están íntimamente unidas a la toma de conciencia de la parte de la vida que uno es capaz de controlar y manejar por sí mismo.

Se han encontrado dos estudios en los que se encuentra una relación negativa entre Locus de control externo y mayor percepción de sentido de la vida medida con el test PIL en estudiantes (Philips, 1980) y en presos (Reker, 1977).

En enfermos de cáncer hay un estudio al que ya se ha hecho alusión (Pinquart, Frölich y Silbereisen, 2007), en el que se encuentra relación negativa entre un Locus de control de salud más externo y un mayor sentido de la vida.

IX.- RELIGIOSIDAD, ESPIRITUALIDAD Y CÁNCER

1.- INTRODUCCIÓN

La religión y la espiritualidad juegan un papel importante en la vida de muchos individuos y los enfermos con frecuencia usan prácticas de tipo espiritual y/o religioso como vía para afrontar el estrés que les provoca su situación (Ferrell, 2003; Fitchett & Handzo, 1989; Flannelly, Weaver y Costa, 2004; Koenig et al., 1992; Koenig, Pargament y Nielsen, 1998; Holland *et al*, 1998; Silverfarb *et al*, 1991; Musick, 1998; Smith, 1993; Stefanek, McDonald y Hess, 2005; Taylor, 2001).

La idea de tener en consideración la dimensión espiritual en los pacientes parte del tomar conciencia de las necesidades que plantean los propios enfermos, pues tal y como afirma Bayés (2006) *“en todo momento, es el enfermo quien delimita y prioriza sus objetivos y necesidades de acuerdo con sus propios valores”* (p.238) y con frecuencia los enfermos que se enfrentan a la muerte manifiestan necesidades de tipo espiritual o trascendente (Bayés, 2006; Murray, 2004; Taylor, 2003; Walter, 1997).

Es importante diferenciar el ámbito de la religiosidad y de la espiritualidad porque hay personas que se ven a sí mismas como “espirituales” pero no pertenecen a un contexto religioso específico. Estas personas afirman que la dimensión espiritual les ayuda a afrontar su enfermedad, como también les puede ayudar a quienes profesan un credo determinado (Holland *et al*, 1998). Por otra parte, es importante tener en cuenta la posibilidad de apoyo social que proporciona la pertenencia a una comunidad de tipo religioso, lo que también es un factor positivo en la adaptación positiva a la enfermedad (Ferrell et al, 2003; Holland *et al*, 1998).

Hoy en día la especialidad en la que se tienen más en consideración los aspectos espirituales del enfermo es la de Cuidados Paliativos, tanto en el cuidado de los enfermos como su inclusión cada vez con más frecuencia en diferentes trabajos de investigación (Flannelly, Weaver y Costa, 2004; Holland et al., 1998). En relación con esta idea Bayés (2006) señala que la atención integral en cuidados paliativos debe tener en cuenta aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales; al igual que señalan otros autores (Holland et al., 1999; Walter, 1997). A esto añadiríamos que dicha atención integral también puede ayudar a los enfermos de cáncer que no necesariamente estén en cuidados paliativos. Es importante considerar los aspectos relacionados con la espiritualidad y la religiosidad de cara a tener una

visión integral de los enfermos (Fitchett & Handzo, 1989; Holland et al., 1999; Meraviglia, 2004; Walter, 1997).

De la importancia que tienen para estos enfermos los aspectos espirituales, algún autor deduce que un programa psicoterapéutico que integrara el aspecto espiritual sería más eficaz para ayudarles a sobrellevar su situación (Cole & Pargament, 1999).

Según Hennezel y Leloup (1998) el nivel espiritual es con frecuencia ignorado en el ámbito hospitalario por estar fuera de lo considerado “científico”, pero no debemos ignorarlo si queremos proporcionar al enfermo una ayuda integral y un respeto a la totalidad de su persona. Desde esta visión que incluye lo espiritual, se podría considerar que el “dolor” que sufre el enfermo incluye elementos espirituales, aparte de los somáticos, sociales y psíquicos; lo cual implicaría que el “dolor” del enfermo sería un “dolor total” (Bayés, 2006),

Hay que tener en cuenta que tanto la espiritualidad como la religiosidad surgen de una interrelación entre factores culturales (Moadel et al., 1999; Taylor, 2001) y experiencias personales (Taylor, 2001).

También sería importante señalar que hay personas que experimentan la espiritualidad y/o la espiritualidad de forma negativa, sobre todo a raíz de una situación de crisis o de dificultad como la experiencia de tener un cáncer. Dichas experiencias serían pérdida de la fe, incertidumbre y desesperanza en relación con aspectos espirituales (Ferrell et al., 2003).

A pesar de la importancia que algunas personas le dan a la espiritualidad y/o religiosidad, la psiquiatría suele mostrar una actitud distante ante la espiritualidad (King & Dein, 1998), dándose más preponderancia a los aspectos que se consideran más objetivos o científicos. No obstante se está volviendo a prestar atención a la dimensión trascendente en numerosos trabajos científicos en los que al menos se tiene en cuenta como una variable más a considerar habiéndose incluido incluso en el DSM-IV una nueva categoría diagnóstica que se refiere a problemas religiosos o espirituales (Turner et al., 1995; Weaver et al., 1998).

Respecto a los aspectos relacionados con la espiritualidad y/o la religiosidad tenemos el problema de qué instrumentos o qué preguntas son adecuados para evaluar o medir los aspectos del enfermo relacionados con sus creencias de tipo religioso y/o espiritual. Al no

estar muy bien delimitadas ambas dimensiones resulta complejo saber si el instrumento utilizado es el más adecuado. En el presente trabajo nos hemos decantado por el Systems of Beliefs Inventory (Holland et al., 1998) por haberse validado en pacientes oncológicos y medir de una manera amplia las creencias de este tipo, más allá del ámbito de la religión.

Dentro de las cuestiones planteadas sería importante diferenciar lo que es espiritualidad, religiosidad y religión, pues aunque pueda haber superposición entre ellas no todo el mundo las vive a través de dicha superposición. Por ese motivo se definen a continuación.

1.1.- Concepto de espiritualidad

Diferentes estudiosos de la psicología humana han considerado la necesidad de considerar la dimensión espiritual del ser humano como un fenómeno que pertenece a la naturaleza humana o porque es un fenómeno importante para algunos individuos (James, 1999). Pero el constructo espiritualidad no es un constructo bien definido desde la psicología y no está clara su relación con la religiosidad, pues se ha visto que son términos relacionados entre sí, aunque no siempre exista dicha relación para todo el mundo (Bayés, 2006).

La espiritualidad tiende a asociarse con la relación con la trascendencia, con la esperanza, propósito y sentido (Frankl, 1988, 1999a; Flannelly, Weaver y Costa, 2004) o con aspectos inmateriales de la existencia (Meraviglia, 2004). Según diversos autores, generalmente implica relaciones armónicas o conexión con uno mismo, con otros, con la naturaleza, con Dios o con una realidad superior (Reed, 1992); es decir, que apuntaría a la trascendencia o a la búsqueda de algo más grande que uno mismo (Musick et al, 1989). Puede representar la búsqueda de significado existencial, una preocupación compartida por muchos hombres y mujeres al estar cercanos a la muerte (Monge y León, 1999). Puede referirse, por otra parte, a aspectos de la existencia que no son materiales (Emmons & Paloutzian, 2003). Según el diccionario de la Real Academia Española (2001) la espiritualidad sería la *“Naturaleza y condición de espiritual”* o *“Conjunto de ideas referentes a la vida espiritual”*. Según el mismo diccionario lo espiritual sería lo *“Perteneiente o relativo al espíritu”* y el espíritu sería un *“Ser inmaterial y dotado de razón”, “Principio generador, carácter íntimo, esencia o sustancia de algo”*.

A algunas personas, la espiritualidad les proporciona una sensación de significado y propósito (Bayés, 2006; Fitchett & Handzo, 1989; Frankl, 1990a, 1999; Musick et al., 1989). Conlleva la creencia en algún significado o algún orden en el universo, significa aceptación de lo que es (no resignación), y aptitud para hallar la paz y la felicidad en un mundo imperfecto, lo que genera creatividad y capacidad de amar desinteresadamente (Siegel, 1995).

Para otros autores la espiritualidad implica un sistema de creencias acerca del sentido de la vida, de la muerte, de la enfermedad y otros temas existenciales (Ellison, 1991; Reed, 1991; Taylor, 2001).

Para Frankl (1990a), lo espiritual es todo lo que hay de humano en el hombre y su dimensión esencial en la que acontece su existencia. Lo concibe como lo que diferencia esencialmente al hombre del mundo animal y aquello que puede confrontarse con todo lo social, lo corporal e incluso lo psíquico en él. También sería la capacidad de comportarse de forma libre y responsable frente a las influencias externas e internas; permitiría adoptar una actitud de autodistanciamiento y autotranscendencia. Para Frankl (1999a) la persona sería el centro de la actividad espiritual, pues su esencia sería espiritual. El núcleo espiritual garantizaría y constituiría la unicidad y la plenitud en el hombre, pues ayudaría a integrar lo somático, lo psíquico y lo espiritual y estaría estrechamente conectado con el sentido de la vida. En función sus propias capacidades, lo espiritual serviría para adaptarse y tomar una actitud frente a lo que no se puede cambiar, como una situación de una enfermedad inevitable. Según Noblezas (2000) esta idea de Frankl tendría que ver con *“reconocer fuera de sí mismo las formas de sentido que se le ofrecen en diversas situaciones y poder vivir el sentido”* (p.23).

Frankl (1999a) afirma que el fenómeno espiritual puede ser consciente o inconsciente, aunque las bases espirituales de la existencia humana son en último término inconscientes, pues supone que donde el espíritu está en su condición original, donde es más plenamente él mismo, es donde es absolutamente inconsciente de sí mismo; considera que el ser humano *“siempre ha mantenido una relación intencional con la trascendencia, aunque sólo sea a un nivel inconsciente”* (p.83).

El sufrimiento del enfermo no se daría sólo en un nivel mental y físico, sino que también implicaría a la dimensión espiritual, pues el vacío a ese nivel se puede expresar en forma de carencia de sentido tal y como sucede en otras personas en diferentes situaciones que refieren vacío existencial (Bayés, 2006; Frankl, 1990a y 1990b).

Parece ser que los seres humanos tendrían unas necesidades espirituales (Almanza y Hollnad, 1999; Bayés, 2006; Moadel et al., 1999; Taylor, 2003). Dichas necesidades adquirirían diferentes formas, siendo condicionadas por el aprendizaje y estarían en relación con el plantearse las grandes preguntas que tienen que ver con el sentido o significado de la vida (Bayés, 2006). Para Bayés (2006) las necesidades espirituales podrían diferenciarse en necesidades éticas, filosóficas (relacionadas con el sentido de la vida, de la muerte y del sufrimiento), “trascendencia temporal limitada” y espirituales en el sentido primitivo (sobre la relación con Dios y las posibilidades de la vida después de la muerte). Por otro lado estarían las verdades espirituales que consolarían desde su funcionalidad en el sentido de que realmente ayudaran al enfermo. Además, este autor, también señala lo importante que es tener un *“respeto absoluto por las creencias de cada enfermo concreto, con absoluta independencia de las propias”* (p.243).

Otros autores (Monge y León, 1999) definen las necesidades espirituales de manera parecida al afirmar que tienen que ver con la búsqueda de la verdad, de la esperanza, del sentido de la vida y de la muerte; los grandes interrogantes que aparecen en la vida de todos los seres humanos.

En base a las ideas referidas es fácil darse cuenta de las conexiones posibles entre las creencias de tipo espiritual y el sentido de la vida.

1.2.- Concepto de religión

La religión es un concepto menos amplio que el de espiritualidad, ya que está más acotada en una serie de pautas, rituales y significados más concretos (Taylor, 2001). Para las personas que pertenecen a una determinada religión habría solapamiento entre lo religioso y lo espiritual, en el sentido de que ambas apuntarían a una búsqueda de lo sagrado (Emmons & Paloutzian, 2003; Nelson et al., 2002). También hay quienes afirman que la espiritualidad se

podría considerar como la parte subjetiva y personal de la vivencia religiosa, ya que muchas personas experimentan dicha dimensión dentro de un contexto religioso; por lo tanto, se podría decir que son constructos que se relacionan con frecuencia aunque esto no tenga por qué ser siempre así (Hill & Pargament, 2003).

La religión es un término que se refiere a un sistema organizado de creencias, prácticas y formas de culto que se comparten por una comunidad (Emmons & Paloutzian, 2003) y que generalmente se dirigen a la relación con Dios (Hill & Pargament, 2003). Según el diccionario de la Real Academia Española (2001) la religión es un “*conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto*”. Dicho diccionario define aparte la “religión natural” como “*La descubierta por la sola razón y que funda las relaciones del hombre con la divinidad en la misma naturaleza de las cosas*”

La religión se ha presentado tradicionalmente como un marco de estructuración de la existencia que proporciona alivio y consuelo (Yalom, 1984). Para Siegel, Anderman y Schrimshaw (2001) la religión ayuda a las personas por proporcionar unos marcos de significado (proporciona la posibilidad de encontrar sentido en una situación dada) y por otra parte aumentando los recursos psicológicos que son valiosos (autoestima) o facilitando el acceso al apoyo e integración social.

Tampoco hay que olvidar el importante papel que muchas religiones juegan en el momento de la muerte (James, 1999). Según William James (1999), el enfermo afligido por sentimientos de impotencia irremediables necesita “*ser consolado en su flaqueza, sentir que el espíritu del universo le afirma y reconoce a pesar de su debilidad y aflicción*” (p.45), siendo la religión lo que vendría a rescatarle y sujetar su destino en sus manos, pues para algunas personas religiosas el día de la muerte sería el día de su nacimiento espiritual. Proporcionaría según este autor una *nueva esfera de poder* revitalizando el mundo interior de la persona.

James (1999) afirmó que los fenómenos religiosos tendrían que ser tan interesantes para quienes estudian la mente humana como cualquier otro hecho que forme parte de la estructura mental. Llegando a afirmar que “*la religión, sea lo que sea, es una reacción total*

del hombre ante la vida” (p.37) y que además, en algunas mentes existiría un sentido innato de la presencia de Dios.

Es posible que el valor de las creencias en proporcionar apoyo interno y por otra parte el hecho de pertenecer a una comunidad religiosa, puede suponer un apoyo externo o social importante (Ferrell et al., 2003; Holland et al., 1998). Además, las diferentes tradiciones religiosas aportan un esquema de pautas de conducta que son saludables y pautas para la regulación emocional que pueden ayudar a los individuos a tener una mayor estabilidad psíquica (Emmons & Paloutzian, 2003).

Finalmente, es importante señalar que la religión contiene numerosas variables que no siempre tienen relación entre sí y por lo tanto no podemos considerar la religión como un aspecto unidimensional de la existencia humana, sino como algo multidimensional (Flannelly, Weaver y Costa, 2004; Kendler, Gardner y Prescott, 1997; King & Dein, 1998; Larson et al., 1992). Por ejemplo, sería importante considerar por separado los aspectos relacionados con el apoyo social de los aspectos relacionados de las experiencias individuales de los individuos (King & Dein, 1998) dentro de las que estarían variables relacionadas con el sentido, tipo y frecuencia de práctica religiosa y sobre cómo se vive la relación con Dios (Larson et al., 1992).

1.3.- Concepto de religiosidad

Sería la forma que cada uno utiliza para de expresar sus creencias religiosas y la importancia que les confiere dentro de un contexto cultural determinado. Puede considerarse como el conjunto de prácticas que realizan los que profesan una religión (oración, lectura de textos sagrados, rituales, etc.). También se puede definir la religiosidad como un característica personal que tiene que ver con un sistema de creencias y que proporciona sentido que es estable en el tiempo y que se pone de manifiesto en diferentes situaciones (Emmons & Paloutzian, 2003). Según el diccionario de la Real Academia Española (2001), la religiosidad sería “*cualidad de religioso*”, “*práctica y esmero en cumplir las obligaciones religiosas*”.

Para Frankl (1999a) la religiosidad afecta a las decisiones más personales que puede tomar el hombre, llegando incluso a afirmar que incluso en la persona que aparenta más irreligiosidad, habría una religiosidad latente.

Allport y Ross (1967) diferencian entre religiosidad intrínseca y extrínseca:

1) La religiosidad intrínseca es una expresión integrada de los pensamientos y prácticas religiosas. Las personas con religiosidad intrínseca, se toman la religión muy en serio, la asumen plenamente en su vida cotidiana, y encuentran en la religión el fundamento de sus motivaciones. Encaja con lo William James (1999) denominó “religión personal” que para él significaría lo que tiene que ver con los sentimientos, los actos y las experiencias de hombres particulares en su soledad, en la medida en que se ejercitaran en mantener una relación con lo que ellos consideran la divinidad. Se ha hallado que existe relación entre religiosidad intrínseca y bienestar espiritual y esperanza en pacientes con cáncer (Mickley & Soeken, 1993) y se han encontrado mayores tasas de remisión de depresión en pacientes ancianos hospitalizados que tienen una mayor religiosidad intrínseca (Koenig, George y Peterson, 1998).

2) La religiosidad extrínseca, se refiere al uso de las prácticas externas de la religión para buscar relación social, seguridad o status. Es decir, se usaría la religiosidad como un instrumento de las propias motivaciones y no como el origen de éstas.

2.- ESPIRITUALIDAD/RELIGIOSIDAD Y SALUD MENTAL

Diversos autores señalan la importancia que tiene la dimensión espiritual en la vida de las personas. Incluso se ha afirmado que las personas que viven conscientemente dicha dimensión espiritual obtienen diversos beneficios psíquicos (Emmons & Paloutzian, 2003; Frankl, 1988; 1990a, 1990b, 1999a; Musick et al., 1989; Hill & Pargament, 2003) y hay hallazgos empíricos que apoyan esta afirmación (Ellison, 1991; Kendler, Gardner y Prescott, 1997, Kendler et al., 2003; Koenig, George y Siegler, 1988; Larson et al., 1986, 1992; Williams et al., 1991). En función de la importancia que estos aspectos pueden tener para las personas, en diferentes investigaciones del campo de la psicología y de la psiquiatría se han

ido introduciendo cada vez con más frecuencia, en estudios empíricos y epidemiológicos, variables relacionadas con la religiosidad y la espiritualidad (Emmons & Paloutzian, 2003).

Hill y Pargament (2003) afirman que las creencias espirituales pueden proporcionar apoyo y estabilidad en tiempos de crisis, además de que pueden ayudar una sensación de un sentido último incluso en el medio de situaciones vitales muy estresantes; proporcionando una filosofía de vida unificadora. Estos aspectos son los que podrían tener que ver con una mejor salud mental en las personas con estas características. A esto se podrían asociar variables que se han asociado a una mejor salud mental como el énfasis en tener conductas virtuosas, evitar los vicios, el apoyo social, las prácticas de tipo meditativo y la oración.

La espiritualidad se ha relacionado con mayor bienestar subjetivo (Ellison, 1991) y menor impacto psíquico de eventos vitales traumáticos o estresantes (Ellison, 1991; Kendler, Gardner y Prescott, 1997; Musick et al., 1989; Williams et al., 1991). Aunque con respecto a este último punto hay hallazgos empíricos que muestran que el efecto de la religiosidad, en reducir el impacto de dichos eventos estresantes, se produce si dichos eventos no tienen que ver con conflictos familiares (en los que la religiosidad puede exacerbar el estrés de la situación), como situaciones de dificultades económicas o de enfermedades físicas graves; así que la religiosidad tendría un efecto en la reacción ante el estrés en función de la naturaleza de la situación estresante (Strawbridge et al., 1998).

Con respecto a la religiosidad, se ha encontrado que existe una asociación negativa de la religiosidad intrínseca con ansiedad y depresión (Koenig, George y Siegler, 1988) y una asociación negativa entre religiosidad relacionada con organizaciones religiosas y depresión (Strawbridge et al., 1998). Se ha encontrado también relación entre la dimensión de la religiosidad “devoción personal” y menores niveles de sintomatología depresiva (Kendler, Gardner y Prescott, 1997). También se ha asociado una mayor religiosidad con un menor consumo de drogas (Kendler, Gardner y Prescott, 1997, Kendler et al., 2003).

Con respecto a las enfermedades físicas, se ha hallado que con frecuencia (en torno a un 20%), los enfermos somáticos utilizan la religión para afrontar su situación de enfermedad (Koenig et al., 1992).

Se ha encontrado una relación inversa entre este afrontamiento y síntomas depresivos y consumo de alcohol, en pacientes varones hospitalizados (Koenig et al., 1992). Si dicho afrontamiento se centra más en aspectos positivos de la religiosidad, los enfermos tienen menores síntomas depresivos que los que no utilizan la religión o que los que usan aspectos negativos de la religión (Koenig, Pargament y Nielsen, 1998). En los pacientes ancianos hospitalizados, se han encontrado remisiones mucho más rápidas de la depresión en los que tienen mayor religiosidad intrínseca; sin embargo no se ha encontrado relación entre el tiempo de remisión de la depresión y frecuencia de asistencia a la iglesia o práctica religiosa privada (Koenig, George y Peterson, 1998).

También se ha encontrado asociación entre espiritualidad y bienestar psíquico en enfermos con enfermedades graves; en concreto, se ha encontrado en un estudio que los individuos que recibieron un diagnóstico reciente de una enfermedad que amenazaba sus vidas se recomfortaban, encontraban paz mental y fuerzas de creencias espirituales y confianza en Dios (Albaugh, 2003). En un estudio con 253 pacientes con cáncer hospitalizados, se encontró una variable que correlacionaba positivamente con la religiosidad, la satisfacción en general con la vida y otra que correlacionaba negativamente con la religiosidad, la desesperanza (Ringdal et al., 1996).

Los efectos positivos de la religiosidad en la salud mental se han explicado en función de los siguientes parámetros: menor consumo de drogas entre las personas religiosas, mayores posibilidades de apoyo social, encontrar un sentido a las situaciones adversas en base a un sistema de creencias que les da dicho sentido y tener un recurso adicional para afrontar el estrés (Smith, McCullough y Poll, 2003).

No todos los autores están de acuerdo en esta posible relación entre religiosidad y/o espiritualidad y mejor salud mental (Larson et al., 1992). Por ejemplo, es bien conocida la crítica de Freud a la religión o incluso en algunos estudios se pone de manifiesto que en algunas personas religiosas hay más alteraciones psicopatológicas (Koenig et al., 1992). Por ejemplo, en un estudio se encontró relación entre mayor religiosidad y más síntomas de tipo obsesivo-compulsivo (Sica, Novara y Sanavio, 2002). Por otra parte, se ha encontrado que las personas con más problemas psiquiátricos recurren con más frecuencia a la religión para afrontar una situación de enfermedad (Koenig et al., 1992). También se ha encontrado relación entre religiosidad extrínseca y más ansiedad (Harrison et al., 2001)

Hay otros trabajos en los que no se halla ninguna relación entre religiosidad con alteraciones psíquicas (Larson et al., 1992), como el de Francis y Jackson (2003) en el que no se encuentra relación entre religiosidad y ansiedad, hipocondriasis y obsesividad; aunque sí se encontró relación negativa entre religiosidad e infelicidad y relación positiva entre religiosidad y sentimientos de culpa. En el estudio de Holland y colaboradores (1999) con enfermos con melanoma maligno tampoco se encontró relación entre religiosidad y malestar psicológico.

Parece ser que en los estudios en los que se mide práctica religiosa suele encontrarse con mayor frecuencia una asociación entre religiosidad y mejor salud mental que los estudios que miden actitudes religiosas (Larson et al., 1992). Según el trabajo de revisión de Larson y colaboradores (1986, 1992), son más frecuentes los estudios en los que se encuentra relación entre religiosidad y salud mental que en los que hay datos opuestos o no se halla dicha asociación. En un trabajo de metaanálisis (Smith, McCullough y Poll, 2003) sobre la relación entre la religiosidad y la depresión se encontró que era más frecuente la asociación entre menor grado de depresión y religiosidad en diferentes estudios empíricos, aunque dicha asociación no era muy fuerte. También se encontró que la asociación entre mayor religiosidad y menor grado de depresión era más fuerte si las personas se hallaban en una situación estresante. Cuando la relación entre depresión y religiosidad resultaba ser positiva, es decir, había una asociación entre mayor religiosidad y más sintomatología depresiva era cuando se evaluaba la religiosidad extrínseca o el afrontamiento religioso negativo (como evitar las dificultades mediante actividades religiosas o culpar a Dios de los problemas). La relación entre religiosidad y depresión era negativa cuando se medía religiosidad intrínseca o el nivel de práctica religiosa colectiva. Dicha asociación negativa entre religiosidad y depresión era mayor en mujeres y en personas de mayor edad.

Parece ser, en función de los datos obtenidos, que las relaciones entre religiosidad y/o espiritualidad y salud mental son complejas (Strawbridge et al., 1998).

3- RELIGIOSIDAD/ESPIRITUALIDAD EN ENFERMOS ONCOLÓGICOS

Entre los más recientes planteamientos de la psicooncología se encuentra la incorporación de la espiritualidad en el cuidado de pacientes con cáncer con la intención de tener un enfoque más integral de cada paciente (Almanza & Holland, 2000). Hay autores que afirman que el cáncer puede provocar una crisis espiritual precoz, que coincide con la búsqueda de formas para afrontar una enfermedad que se percibe amenazante para la vida (Fitchett & Handzo, 1989), o desde una perspectiva similar, para otros autores, el diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, como un cáncer, con frecuencia desencadena un periodo de desequilibrio espiritual, llevando a una reflexión espiritual de búsqueda del sentido de la situación y de la vida en general (Albaugh, 2003; Ferrell et al. 2003; Murray et al., 2004). Otra posibilidad se da por el hecho de que los pacientes refieren con frecuencia tener más necesidades espirituales que antes de tener su enfermedad (Taylor, 2003) o simplemente expresan que tienen dichas necesidades (Moadel et al., 1999; Murray et al, 2004; Walter, 1997). Por ejemplo, en un estudio se encontró que del 50% al 90% de los enfermos de cáncer, consideraban que la religión era importante o muy importante para ellos (Smith, 1993).

Según Almanza y Holland (1999), habría que tener en cuenta varios aspectos para integrar adecuadamente la dimensión trascendente en la práctica clínica: tener en cuenta la espiritualidad del paciente, explorarla individualmente, apoyar los aspectos positivos de la fe del enfermo, proporcionarle apoyo religioso si lo solicita, ofrecer cuidado espiritual a la familia (pues normalmente estas creencias se arraigan en el núcleo familiar) y atender las propias necesidades espirituales (incluso en caso de no ser creyente para aprender al menos a respetar el punto de vista del paciente).

Hay diferentes estudios en los que se ha explorado la espiritualidad en enfermos de cáncer. Moadel y colaboradores (1999) encontraron, que las necesidades espirituales de 248 enfermos oncológicos eran las siguientes: vencer temores (51%), encontrar esperanza (42%), encontrar sentido de la vida (40%), encontrar recursos espirituales (49%). Además expresaban su deseo de hablar sobre los siguientes temas: encontrar paz mental (43%), sentido de la vida (28%) y sobre la muerte y el proceso de morir (25%). En otro estudio (Yates et al., 1981) se encontró que los pacientes terminales (entre los que había enfermos con cáncer de pulmón) confiaban fuertemente en sus creencias durante los últimos meses de su vida. En otro estudio sobre necesidades espirituales de estos enfermos (Taylor, 2003), ellos referían tener más

necesidades espirituales desde que tenían el cáncer y referían que sus necesidades espirituales tenían que ver con necesidad de encontrar sentido (a la enfermedad y a la vida), necesidad de expresar alegría, necesidad de pertenencia, amor o de relacionarse, necesidades de tipo religioso o necesidad de orar.

Por otra parte, la espiritualidad y la religiosidad se han mostrado como factores que influyen en sus creencias sobre su enfermedad, interpretaciones de la enfermedad y conductas en torno a los tratamientos y cuidados de la salud (Underwood, Shaikna y Bakr, 1999, Taylor, 2001).

Se ha hallado también en estos enfermos, que hay relación entre diferentes parámetros relacionados con la salud mental y creencias religiosas. Por ejemplo, se han hallado menores niveles de depresión entre los que son religiosos (Musick et al., 1998), en los que tienen mayor bienestar espiritual (Nelson et al., 2002) y en los que tienen mayor religiosidad intrínseca (Fehring, Miller y Shaw, 1997). También se ha encontrado menos angustia entre los que manifiestan mayor conciencia espiritual (Brady et al., 1999; Smith et al., 1993), una relación inversa entre ansiedad y bienestar espiritual, (Kaczorowski, 1989) y correlación negativa entre percepción de desarrollo espiritual y malestar psicológico (Smith et al., 1993). Por otra parte se ha encontrado relación positiva entre religiosidad intrínseca y esperanza, y entre bienestar espiritual y otros estados de ánimo positivos en enfermos de cáncer (Fehring, Miller y Shaw, 1997). También se han hallado menores deseos de muerte entre quienes manifestaban mayor bienestar espiritual (Breitbart, 2000). En varios estudios se ha encontrado que las fuertes creencias religiosas en estos enfermos, se asociaban a menores niveles de dolor, ansiedad, hostilidad y aislamiento social y con niveles más altos de satisfacción con la vida (Acklin, Brown y Mauger, 1983; Holland et al., 1998; Kaczorowski, 1989; Koenig y et al., 1992; Yates et al., 1981). Algunos pacientes han referido que dichas creencias les reportan mayores niveles de bienestar (Rowland, 1989b) e incluso se relacionaban con menores niveles de dolor en pacientes con cáncer avanzado (Yates et al., 1981). Dichos niveles mayores de bienestar se han relacionado con el apoyo social que aporta la pertenencia a una comunidad religiosa (Yates et al., 1981). Con respecto a la religiosidad intrínseca Mickley y Soeken (1993) encontraron que en mujeres blancas con cáncer de mama la religiosidad intrínseca era predictora de esperanza y bienestar espiritual.

Con respecto a la adaptación adecuada a la enfermedad se ha encontrado una relación entre creencias de tipo espiritual y práctica religiosa con la mejor adaptación a la situación de padecer un cáncer (Jenkins & Pargament, 1995), aunque hay algún autor que no ha encontrado asociación entre religiosidad y adaptación a la enfermedad (Rifkin et al., 1999).

También se han relacionado con dicha adaptación más positiva, aspectos concretos de dichas creencias como tener un sentido trascendente de la vida y asistir a la iglesia (Acklin, Brown y Mauger, 1983), práctica religiosa (Fenring et al., 1997), bienestar espiritual (Kaczorowski, 1989), conciencia espiritual (Smith et al., 1993) y pensamientos religiosos (Fehring, Miller y Shaw, 1997).

En enfermos de cáncer de pulmón sólo se ha encontrado un estudio que evalúa la dimensión espiritual (Meraviglia, 2004). En dicho estudio se encuentra relación entre rezar y bienestar psicológico en 60 enfermos con cáncer de pulmón.

Hay algún trabajo en el que no se demuestra la citada asociación entre salud mental y creencias religiosas en estos enfermos (Nelson et al., 2002; Williams et al., 1991), o incluso se halla una relación entre factores de tipo religioso y peor adaptación a la enfermedad (Baider & Sarell, 1983; Weissman & Worden, 1976) y con ansiedad, que podía generarse por la necesidad de cumplir con los requisitos de una confesión religiosa en medio de una crisis (Carone & Barone, 2001). En enfermos terminales de cáncer, no siempre se ha hallado relación entre adaptación a la enfermedad y creencias religiosas, aunque sí se encuentra que hay menor ansiedad entre quienes tienen fuertes creencias de tipo religioso o fuertes convicciones de su ateísmo, de lo que se puede deducir que son más importantes las convicciones fuertes que las creencias religiosas para prevenir la ansiedad en esta situación (Rifkin et al., 1999).

4- RELIGIOSIDAD, ESPIRITUALIDAD Y AFRONTAMIENTO

4.1.- Introducción

Parece ser que las creencias religiosas influyen en el afrontamiento de diferentes situaciones estresantes, aunque la relación no está muy clara (Lazarus & Folkman, 1986). Se

ha señalado que la religión puede influir en la evaluación primaria, de la situación estresante, en el sentido de proporcionar un marco de comprensión de las dificultades de la vida y en la evaluación secundaria por proporcionar recursos para conseguir fortaleza en tiempos de dificultad (Musick et al., 1998).

La religión se ha definido como un mecanismo de afrontamiento (Carver et al., 1989; Hill & Pargament, 2003; Koenig, Pargament y Nielsen, 1998; Musick et al., 1989) y con frecuencia resulta importante para enfrentarse a las enfermedades (Acklin, Brown y Mauger, 1983; Ferrell, 2003; Koenig et al., 1992; Koenig, Pargament y Nielsen, 1998) y a la muerte (Ferrell, 2003). Incluso hay enfermos que consideran que la religión es la estrategia más importante para enfrentarse a la enfermedad (Koenig et al., 1992). Algunas personas usan las creencias religiosas para afrontar situaciones estresantes, tal y como se ve en varios estudios (Davis Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; Martín, Sierra y Sánchez, 2003; Dull & Skokan , 1995; Ferrell et al., 2003; Harrison et al., 2001; Joseph, 1998; Koenig et al., 1992; McIntosh, Silver y Wortman, 1993; Musick et al., 1998; Siegel, Anderman y Schrimshaw, 2001). En una revisión sobre este tema (Siegel, Anderman y Schrimshaw, 2001), se encuentra que las actividades y cogniciones de tipo religioso pueden ser muy efectivas para facilitar la adaptación a eventos vitales estresantes como una pérdida significativa, amenazas para la salud y sufrimiento físico. En otra revisión sobre el afrontamiento religioso (Harrison et al., 2001) se señala la multidimensionalidad de dicho afrontamiento en el que pueden darse los siguientes comportamientos: búsqueda de apoyo social en una comunidad religiosa (que puede o no ser satisfactorio), búsqueda de apoyo personal para uno mismo (que también puede o no ser satisfactorio), visión benevolente de la realidad en contraposición con una visión de castigo, buscar control o uso de rituales o actos concretos de tipo religioso.

La fe religiosa puede ofrecer un marco para encontrar sentido en el proceso de la muerte (O'Connor, 1990) y en la situación de padecer una enfermedad como el cáncer (Ferrell, 2003). Por ejemplo, Koenig, DB Larson y SS Larson (2001) han encontrado que el afrontamiento religioso de la enfermedad puede permitir que las personas se centren más en otros que en sí mismos, o en servir a un ser superior, generándose un sentido que puede ayudar a afrontar un evento estresante determinado.

Muchos pacientes refieren que confían en que sus creencias religiosas y espirituales les ayuden a poder afrontar con éxito el estrés que supone una enfermedad grave (Koenig,

Pargament y Nielsen, 1998; Yates et al., 1981; Silberfarb et al., 1982 y 1991) o bien para que les puedan ayudar a adaptarse a esta situación (Jenkins & Pargament, 1995). Koenig, George y Siegler (1998) encontraron, en un estudio sobre actitudes y prácticas religiosas (en 542 pacientes ancianos hospitalizados), que aproximadamente un 40% de ellos referían espontáneamente que su fe religiosa era el factor más importante para afrontar su situación.

El afrontamiento basado en las creencias religiosas puede ser de tipo positivo o negativo. Los comportamientos relacionados con un afrontamiento religioso positivo tendrían que ver con considerar a Dios como un ser benevolente, sensación de que se colabora con Dios, buscar conexión con Dios, buscar apoyo en los miembros de la misma religión y dar apoyo religioso a otros. Estos aspectos se asocian con una mejor salud mental (menores síntomas depresivos) y mejor calidad de vida en los enfermos somáticos. Lo opuesto ocurriría con comportamientos relacionados con un afrontamiento religioso negativo tendrían que ver con considerar a Dios como castigador, creer en fuerzas demoníacas, rezar por una intercesión directa y expresar descontento espiritual (Koenig, Pargament y Nielsen, 1998).

4.2.- Espiritualidad y religiosidad en el afrontamiento del cáncer

En los pacientes oncológicos se ha hallado en varios estudios que las creencias religiosas o espirituales pueden servir como una estrategia de afrontamiento ante su enfermedad (Brandt, 1987; Carver et al., 1993; Dunkel-Setter et al., 1992; Fehring, Miller y Shaw, 1997; Gall & Cornblat, 2002; Halstead & Hull., 2001; Holland et al., 1999; Koenig et al., 1992; Musick et al., 1998; Silberfarb et al., 1991; Stefanek, McDonald y Hess, 2005; Smith, McCullough y Poll, 2003; Strang & Strang, 2001; Taylor, 2001). En un estudio multicéntrico se halló que sobre un 85% de los enfermos usaban las creencias religiosas en el afrontamiento del melanoma maligno (Silberfarb et al., 1991). En varios estudios los pacientes con frecuencia refieren espontáneamente que la espiritualidad y la religión les resulta importante para enfrentarse al cáncer (Stefanek, McDonald y Hess, 2005).

Se ha encontrado que los pacientes que usan este tipo de afrontamiento tienen con menor frecuencia ansiedad y depresión (Koenig et al., 1992; Holland et al., 1999; Musick et al., 1998), que hay una relación positiva entre religiosidad intrínseca y afrontamiento positivo de la enfermedad (Fehring, Miller y Shaw, 1997) y entre tener más creencias religiosas y

espirituales (evaluadas con el SBI) y un afrontamiento más activo de la enfermedad (Holland et al., 1999).

En un estudio con enfermos con cáncer de pulmón en España (Martín, Sierra y Sánchez, 2003), se ha encontrado que la estrategia de afrontamiento utilizada con mayor frecuencia era “buscar apoyo espiritual”.

Sin embargo, no todos los estudios encuentran que la religiosidad y/o espiritualidad ayuda a afrontar de forma positiva las situaciones de estrés o enfermedad tal y como muestran los siguientes datos:

- 1) Acklin, Brown y Mauer (1983) no encontraron relación entre religiosidad intrínseca y afrontamiento, pero sí entre asistir a la iglesia y un mejor afrontamiento del cáncer.
- 2) Weisman y Worden (1976-1977) encontraron que las variables religiosas se asociaban con una peor adaptación en un estudio longitudinal con 120 pacientes con cáncer.
- 3) Martín, Sierra y Sánchez (2003) no encontraron relación, en enfermos de cáncer de pulmón, entre la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” con ansiedad y depresión
- 4) Nairn y Merluzzi (2003) encontraron que la asociación que se halla entre religiosidad y afrontamiento del cáncer, es modesta, pues sólo se halla asociación entre el afrontamiento mediante la religión que sea “auto-dirigida” (*self-directed*) y una mejor adaptación al cáncer.

Hay estrategias de afrontamiento religioso que se consideran negativas como considerar a Dios como castigador, creer en fuerzas demoníacas, rezar por una intercesión directa y expresar descontento espiritual (Koenig, Pargament y Nielsen, 1998). Este tipo de estrategias se han asociado con síntomas de ansiedad en estos enfermos (Harrison, 2001).

Pese a los hallazgos citados, se han hecho pocos esfuerzos en valorar estos aspectos de la psique humana en el afrontamiento de circunstancias adversas y en otras situaciones que se valoran en el campo de la investigación psiquiátrica (Larson et al., 1986, 1992) y no se han explorado de una forma comprensiva las vías en las que la religiosidad influye en el afrontamiento (Stefanek, McDonald y Hess, 2005). Sin embargo, ha ido aumentando el número de estudios cualitativos en los últimos años que estudian el papel de la espiritualidad en el afrontamiento del cáncer (Carver et al., 1993; Brandt, 1987; Gall & Cornblat, 2002; Halstead & Hull., 2001; Strang & Strang, 2001).

Hay pocos estudios que examinen la asociación entre variables relacionadas con la religión con depresión y ajuste psicosocial al cáncer y además tienen los siguientes fallos: diseños con limitaciones, muestras pequeñas, sesgos muestrales, insuficiente información sobre el porcentaje de pacientes que participan dentro de los que se les propone participar en el estudio, pobre o ausencia de información sobre como se reclutan los pacientes, información insuficiente sobre el lugar o estadio de la enfermedad y falta de herramientas comunes para medir malestar psicológico y variables de tipo religioso. Y dada la naturaleza de los estudios (de correlación), no es posible determinar si las variables de tipo espiritual y/o religioso predicen el ajuste, si el ajuste predice un aumento de la espiritualidad o si hay otras variables responsables del incremento de ambas. Sin embargo, a pesar de las carencias en este área de investigación, los resultados no son inconsistentes con las hipótesis de que hay alguna relación entre religión/espiritualidad y adaptación, pero que si existe debe ser muy compleja (Stefanek, McDonald y Hess, 2005).

5.- RELIGIOSIDAD Y SENTIDO

Según algunos autores, el “sentido” tiene una dimensión espiritual o trascendente, pues buscar sentido puede implicar la búsqueda de un orden superior (Acklin, Brown y Mauger, 1983; Bayés, 2006; Crandall & Rasmussen, 1975; Daaleman & VandeCreek, 2005; Emmons & Paloutzian, 2003; Ersek & Ferrell, 1994; Ferrell et al, 2003; Frankl, 1988, 1990a y 1999a; Hill & Pargament, 2003; James, 1999; Moadel et al., 1999; Schnoll, Knowles y Harlow, 2002; Steves y Kahn, 1987; Taylor, 1993b, 2001; Walter, 1997). A este planteamiento se añade la idea de que el sentido de la vida es una necesidad espiritual (Frankl, 1988, 1990a, 1990b, 1994, 1999a 1999b; Längle, 2005; Moadel et al., 1999; Reed, 1991;

Siegel, 1995; Moadel et al., 1999; Monge y León, 1999; Taylor, 1993b, 2003), que el sentido es una dimensión de la espiritualidad (Fitchett & Handzo, 1989; Musick et al., 1989), que la pérdida del mismo produce un dolor espiritual (Noguchi et al., 2006) y que ciertos conflictos espirituales pueden producir vacío existencial (Frankl, 1988, 1990a, 1990b, 1999a 1999b).

La idea de la relación entre sentido de la vida y religiosidad se ve apoyada por estudios empíricos como el de Crandall y Rasmussen (1975) en el que se halló relación entre sentido de la vida medido con el PIL y religiosidad intrínseca, o el de Acklin, Brown y Mauger (1983) en el que se encontró relación entre tener un sentido trascendente de la vida y religiosidad intrínseca.

También podemos considerar la existencia de una relación entre religión y sentido, porque la religión se puede considerar como un sistema de símbolos que expresa la necesidad humana de sentido; la religión puede proporcionar un camino para manejar los problemas relacionados con el sentido de la existencia (Emmons & Paloutzian, 2003; Fehring, Miller y Shaw, 1997; Musick et al., 1989; Taylor, 2001) o puede ser una fuente importante de valores y significados que pueden servir para encontrar sentido en una situación de enfermedad (Acklin, Brown y Mauger, 1983; Holland et al., 1999). Para William James (1999) la religiosidad se relaciona con que todo el universo de objetos concretos navega *“en un universo de ideas abstractas más amplio y elevado que lo dotan de significado”* (p.53), sería como si *“en la conciencia humana existiese un sentido de realidad, un sentimiento de presencia objetiva, una percepción de lo que podemos llamar “algo” más profundo y general que cualquiera de los “sentidos” especiales y particulares mediante los cuales la psicología actual supone que se revelan originalmente las realidades existentes”* (p.54).

El sentido, por otra parte, se ha relacionado con la búsqueda de atribuciones causales (Janoff-Bullman, 1992) que tiene que ver con la búsqueda de las causas de un evento determinado; de esta búsqueda de causas se puede llegar a buscar la causa última de porqué suceden las cosas y como consecuencia a una explicación trascendente o religiosa (Taylor, 1993b), como por ejemplo suponer que la enfermedad es algo que depende de la voluntad de Dios (Taylor, 2001).

Frankl (1999a) define la religión como: *“la búsqueda del hombre del significado último”* (p.24) o como la realización del deseo de haber llegado a encontrar el significado

último, y afirma que existe un sentido religioso fuertemente enraizado en las profundidades inconscientes de todos y cada uno de los hombres. La creencia y la fe supondrían la confianza en ese significado último. Este “sentido religioso” puede aparecer súbitamente de lo inesperado, incluso en enfermedades mentales graves. Este sentido religioso estaría por encima y englobaría a las dimensiones que Frankl considera inferiores: la biológica y la psicológica. Este “sentido último” sería, según Frankl (1999a), lo que llevaría al significado de todo, al sentido de la vida de cada uno entendida como un todo y se revelaría plenamente al final de la vida. La respuesta a este significado último no puede ser intelectual, sino que es una respuesta existencial enmarcada fundamentalmente en el ámbito de las creencias. Sin embargo estas creencias no tienen porqué estar siempre en un contexto religioso, pues las personas que se consideran a sí mismas no religiosas no son menos capaces de encontrar un sentido a sus vidas que las religiosas (Frankl, 1999a).

Frankl plantea la relación entre sentido de la vida y religiosidad en la idea de que la esencia de la existencia humana se encuentra en su autotranscendencia (que es una fuente de sentido), que se puede manifestar en la relación con una realidad superior. Frankl (1999a) considera que la fe en un “sentido superior” tiene una extraordinaria importancia psicoterapéutica y psicosocial, pues hace al hombre más fuerte, ya que la mirada dirigida a un “fin” puede suponer un “apoyo espiritual” en las dificultades ante las que el hombre ha de enfrentarse. En sintonía con estas ideas, Reed (1992) afirma que la capacidad de autotranscendencia es una fuente de sentido que contribuye a una adaptación exitosa a las dificultades, lo que incluye supone una mejor salud mental y bienestar emocional.

En algunos estudios, los pacientes han identificado el sentido de la vida como una necesidad espiritual (Moadel et al., 1999; Taylor, 1993b, 2003) y por lo tanto han establecido una relación entre ambas variables.

Para las personas con una orientación espiritual, la religiosidad y la espiritualidad son esenciales dentro de los temas existenciales relacionados con el sentido, jugando un papel importante en la resolución de la situación de enfermedad (Cole & Pargament, 1999). Las personas religiosas pueden ver en la enfermedad grave una oportunidad para acercarse conscientemente a su propia muerte y de prepararse para su encuentro con Dios; hay quien incluso ve esta situación como una nueva oportunidad para enfocar su vida en un sentido más profundo en lo que se refiere a su dimensión religiosa. Por ello, las personas religiosas pueden

vivir esta situación con más serenidad (Vallejo-Nájera & Olaizola, 1990). Los enfermos de cáncer también refieren con frecuencia que utilizan sus creencias religiosas o espirituales para entender el sentido de su enfermedad (Holland, 1998).

En diferentes estudios con pacientes oncológicos se ha encontrado relación positiva entre sentido de la vida y espiritualidad (Albaugh, 2003; Smith, 1993; Smith, McCullough y Poll, 2003). Pero no en todos los estudios que han realizado se ha hallado esta relación entre sentido de la vida y religiosidad (Thompson, 1996).

La religiosidad y/o la espiritualidad también pueden servir para hallar sentido a la situación de enfermedad porque ayudan a trascender el sufrimiento (Ersek y Ferrell, 1994, Cole & Pargament, 1999; Smith, McCullough y Poll, 2003) o a dar un marco o estructura que ayuda a ordenar la realidad y dar sentido a situaciones negativas (Daaleman & VandeCreek, 2005; Davis, 2000; Taylor, 1995). Dichas creencias también pueden proporcionar alivio ante la ansiedad y proporcionar una sensación de propósito vital, así como ser una fuente de autoestima, aportar recursos de afrontamiento ante la enfermedad y ser una ayuda ante la preparación ante la muerte (Taylor, 2001). En enfermos con cáncer de pulmón, se ha encontrado una relación entre espiritualidad y sentido positivo atribuido a la enfermedad (Sarna et al., 2005).

Para Moadel y colaboradores (1999), el beneficio que proporcionan las creencias de tipo espiritual y la práctica religiosa se relacionan con la adaptación al cáncer a través de su efecto en temas existenciales, entre los que se incluye la búsqueda de sentido de la vida y de la muerte. Musick y colaboradores (1998) manifiestan una idea similar al afirmar que la religiosidad o la religión promueven la adaptación a la enfermedad proporcionando sentido y esperanza aportando una explicación de las experiencias de enfermedad y sufrimiento. En apoyo de estos planteamientos, Mullen, Smith y Hill (1993) han encontrado una relación entre un afrontamiento más adaptativo y un sentido de coherencia y sentido, que a su vez se relacionaba con creencias espirituales.

Como algunos afirman que el estudio del sentido del dolor, puede contribuir a la comprensión del bienestar espiritual (Ersek y Ferrell, 1994), la situación del enfermo de cáncer es idónea para ello. En la búsqueda de un sentido para su experiencia, la persona acaba preguntándose por las causas últimas, que abarcan factores religiosos o espirituales (prueba,

castigo, etc.) por lo que es importante una evaluación sensible de la espiritualidad y creencias existenciales de la persona así como una valoración de su propia perspectiva (Ersek y Ferrell, 1994). Aunque también puede suceder, como afirma Bayés (2006), que en circunstancias como las del acercamiento a la muerte *“si falla el convencimiento en el sentido de la vida, o si una persona percibe que no ha sido fiel a sus creencias puede –si las mismas adquieren en un momento dado gran importancia para ella- desmoronarse psicológicamente y sentir que le invaden fuertes sentimientos de ansiedad, frustración o culpa y sufrir enormemente”* (p.242). Por este motivo (además de los ya citados), es importante que los profesionales sanitarios tengan en consideración estos aspectos (Bayés, 2006).

X.- OBJETIVOS

OBJETIVOS

- 1) Describir la prevalencia de diferentes alteraciones psicopatológicas y variables de personalidad en pacientes con cáncer de pulmón.

- 2) Describir las siguientes variables en pacientes con cáncer de pulmón:
 - 2.1.- Estrategias de afrontamiento del cáncer.
 - 2.2.- Locus de control.
 - 2.3.- Sentido de la vida.
 - 2.4.- Percepción del sentido del sufrimiento.
 - 2.5.- Creencias religiosas y/o espirituales.

- 3) Conocer si hay relación entre alteraciones psicopatológicas en pacientes con cáncer de pulmón y las siguientes variables:
 - 3.1.- Estrategias de afrontamiento.
 - 3.2.- Locus de control.
 - 3.3.- Sentido de la vida.
 - 3.4.- Percepción del sentido del sufrimiento.
 - 3.5.- Creencias religiosas y/o espirituales.

- 4) Conocer si hay relación del tipo de afrontamiento del cáncer de pulmón y las siguientes variables:
 - 4.1.- Locus de control.
 - 4.2.- Sentido de la vida.
 - 4.3.- Creencias religiosas y/o espirituales.

5) Conocer la relación del sentido de la vida en pacientes con cáncer de pulmón no operable y las siguientes variables:

4.1.- Percepción del sentido del sufrimiento.

4.2.- Creencias religiosas y/o espirituales.

4.3.- Locus de control.

XI.- HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

1.- Las alteraciones psicopatológicas en pacientes con cáncer de pulmón están relacionadas con las siguientes variables:

- 1.1.- Estrategias de afrontamiento de la enfermedad.
- 1.2.- Locus de control más externo.
- 1.3.- Menor sentido de la vida.
- 1.4.- No hallarle sentido al sufrimiento.
- 1.5.- Menor nivel de creencias religiosas y/o espirituales.

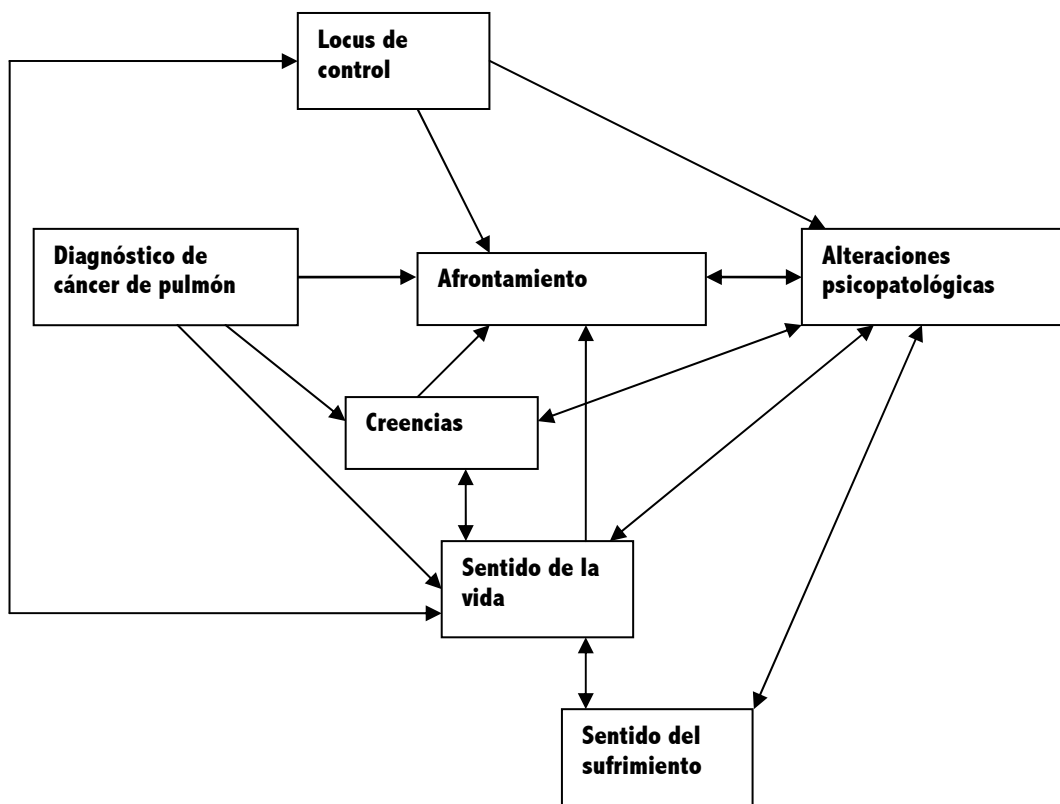
2.- El tipo de afrontamiento del cáncer de pulmón no operable está relacionado con las siguientes variables:

- 2.1.- Locus de control
- 2.2.- Sentido de la vida.
- 2.3.- Creencias religiosas y/o espirituales.

3.- El sentido de la vida de los enfermos con cáncer de pulmón está relacionado con las siguientes variables:

- 3.1.- Percepción del sentido del sufrimiento.
- 3.2.- Creencias religiosas y/o espirituales.
- 3.4.- Locus de control más interno (será más externo si hay menos sentido).

Con estas hipótesis tratamos de conocer la relación entre unas y otras variables con la idea de que el afrontamiento, el sentido de la vida, el sentido del sufrimiento y el Locus de control actúan como variables mediadoras del efecto del estrés generado por un diagnóstico de cáncer y sus repercusiones psicopatológicas. A su vez consideramos que entre las variables citadas puede haber relaciones en las que influyan unas sobre otras. El esquema de relaciones que suponemos se muestra en el siguiente gráfico:



XII.- METODOLOGÍA

1.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto de este estudio son enfermos con cáncer de pulmón en tratamiento activo, con quimioterapia y/o radioterapia, y por lo tanto que se hallan en fases en las que el tumor no es operable (fases III y IV).

Para participar en el estudio, los pacientes debían cumplir los siguientes requisitos:

1.1.- Criterios de inclusión

1) Haber sido diagnosticados por primera vez en su vida de un cáncer de pulmón, al menos hace 2 meses (para evitar la fase de negación o el poco conocimiento sobre la enfermedad).

2) Conocer su diagnóstico de cáncer de pulmón.

3) Estar en tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia.

4) Ser mayores de edad.

5) Consentir en participar en el estudio (tras lectura y aceptación de consentimiento informado que se les da por escrito).

1.2.- Criterios de exclusión

1) Enfermos que hayan estado en tratamiento psiquiátrico antes del diagnóstico del cáncer de pulmón.

2) Enfermos con alteración de las funciones cognitivas, que puedan impedirles comprender y responder las preguntas de los cuestionarios aplicados.

3) Enfermos analfabetos o sin estudios primarios.

4) Menores de edad.

5) Enfermos que no conocen su diagnóstico o lo niegan.

2.- SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Los participantes han sido seleccionados entre enfermos que estaban recibiendo tratamiento para el cáncer de pulmón en tres hospitales de Madrid. El procedimiento para la selección de dichos enfermos ha sido de dos tipos:

1) La propuesta de participación en el estudio por parte del oncólogo (Hospital Gregorio Marañón de Madrid, n= 8) entre los que acudieron en diferentes días al hospital para tratamiento en hospital de día o para revisión.

2) La propuesta de participación en el estudio por parte del investigador del presente estudio, a todos los enfermos que estaban recibiendo tratamiento en hospital de día o en régimen de hospitalización en días determinados (Hospital la Paz de Madrid, n= 27 y Hospital de Alcalá de Henares de Madrid, n= 6).

Inicialmente aceptaron participar 60 enfermos que firmaron el consentimiento informado. Posteriormente decidieron abandonar su participación en el estudio varios enfermos; algunos sin dar explicaciones (8 enfermos), otros por “no querer pensar” (4 enfermos) o y otros por no entender bien los cuestionarios (3 enfermos). Otros enfermos murieron durante el transcurso del presente estudio y por lo tanto no pudieron finalizarlo (3 enfermos). Por lo tanto, finalmente quedaron 42 enfermos que finalizaron el estudio.

3.- CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

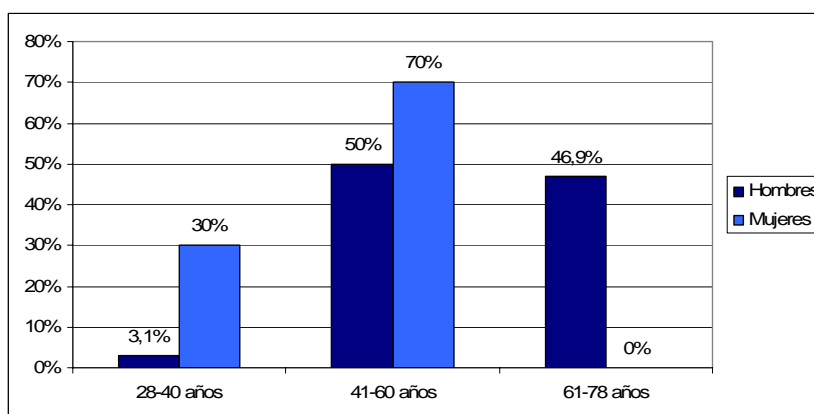
La muestra con la que se ha contado en el presente trabajo es de 42 enfermos de cáncer de pulmón en fases III y IV de la enfermedad.

La mayoría de las personas participantes en el estudio fueron varones (n=32; 76,2% de la muestra), frente a una menor proporción de mujeres (n=10; 23,8%).

3.1.- Edad

La edad media de las personas participantes en el estudio fue de 55,74 años, con un mínimo de 28 años y un máximo de 78. La edad media de los varones fue de 59,06 años, con un rango de edad entre 33 y 78 años; una media que resultó ser algo más alta que la media de edad de las mujeres que fue de 45,10 con un rango de edad entre 28 y 60 años (ver Gráfico 3.1).

Gráfico 3.1: Edad media de hombres y mujeres



3.2.- Estado civil:

Un 81% de las personas de la muestra estaban casados, un 9,5% solteros y un 9,5% separados tal y como se muestra en la Tabla 3.1.

Tabla 3.1: Estado civil de los participantes

ESTADO CIVIL	n	%
CASADOS	4	81%
SOLTEROS	34	9,5%
SEPARADOS	4	9,5%

3.3.- Nivel educativo

La mayoría de las personas de la muestra (42,9%) tenían sólo estudios correspondientes a un nivel de EGB, un 26,2% contaban con estudios correspondientes a Bachillerato o Formación Profesional y un 31% contaban con estudios universitarios (ver Tabla 3.2).

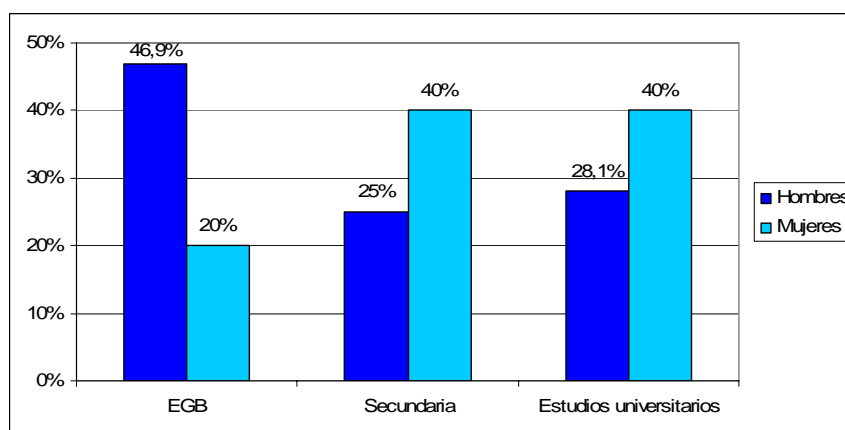
Tabla 3.2: Nivel educativo de los participantes.

NIVEL DE ESTUDIOS	n	%
EGB	18	42,9%
SECUNDARIA	11	26,2%
UNIVERSITARIOS	13	31 %

3.4.- Comparación entre hombres y mujeres

Al comparar el nivel de estudios ente hombres y mujeres, se encuentran diferencias importantes (ver Gráfico 3.2). Con respecto a estudios primarios, hay un mayor número de hombres (46,9%) que de mujeres (20%); con estudios secundarios hay un mayor porcentaje de mujeres (40%) que de hombres (25%) y con estudios universitarios también hay más mujeres (40%) que de hombres (28,1%). Lo que se podría explicar por la media de edad más elevada de los hombres.

Gráfico 3.2: Comparación del nivel de estudios de hombres y mujeres.



3.5.- Profesión

La profesión de la mayoría ha sido de nivel medio (38,1%) o de un nivel de peón/obrero (36,6%). De nivel superior hay un 19% (ver Tabla 3.3).

Tabla 3.3: Profesión de los participantes.

PROFESIÓN	n	%
ama de casa	2	4,8%
peón/obrero	15	35,7%
nivel medio	16	38,1%
nivel superior	8	19%
estudiante	1	2,4%

3.6.- Situación laboral

La mayoría están jubilados (45,9%), a continuación la mayor frecuencia es de trabajadores en activo (42,9%). Todos los jubilados son hombres debido a que su edad media es más alta que la de las mujeres (Ver Tabla 3.4).

Tabla 3.4: Situación laboral de los participantes.

SITUACIÓN LABORAL	n	%
parado	1	2,4%
estudiante	1	2,4%
trabajador en activo	18	42,9%
jubilado	19	45,2%
trabajo doméstico	3	7,1%

3.7.- Religión

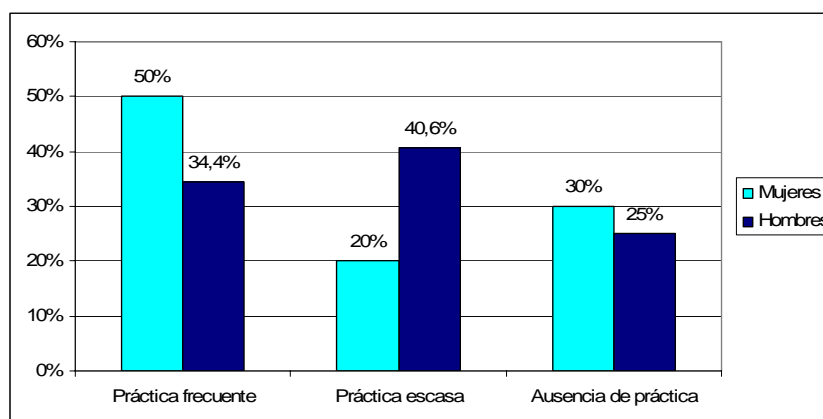
La mayoría de los pacientes refieren ser católicos (90,5%), frente a dos que refieren no tener ninguna religión (4,8%) y otros dos que refieren ser cristianos (4,8%).

Con respecto al nivel de práctica religiosa un 38,1% refieren tener una práctica frecuente (entre una y varias veces por semana), un 35,7 % una práctica escasa y un 26,2 % no realizan ningún tipo de práctica religiosa.

Práctica religiosa en mujeres y hombres:

Las mujeres han presentado un mayor nivel de práctica religiosa; un 50% de ellas han referido práctica frecuente, frente a un 34,4% de los hombres. Entre los hombres es más frecuente la práctica escasa (40,6%). Y entre quienes no tienen práctica religiosa hay un 30% de mujeres y un 25% de hombres. Dichos datos se muestran en el gráfico siguiente (Gráfico 3.3).

Gráfico 3.3: Comparación entre práctica religiosa de hombres y mujeres



4.- PROCEDIMIENTO

Una vez que se comprueba que los pacientes cumplen los criterios de inclusión para participar en el estudio, se les propone la participación en el mismo explicándoles sus características verbalmente y mediante una hoja informativa. Si acceden a participar se les entrega un formulario de Consentimiento informado (ver Anexo I) sobre el que se les aclara cualquier tipo de duda que pueda surgir. Cuando el paciente accede a participar firma dicho consentimiento con la conciencia de estar participando libre y voluntariamente en el mismo y explicándosele que tiene opción de dejarlo sin dar explicaciones si así lo prefiere.

A continuación se les explican los procedimientos de respuesta a los cuestionarios y se les dejan dichos cuestionarios para que los respondan en sus casas y los entreguen pasados unos días. Se les facilita un número de teléfono para contactar con el investigador si tienen

dudas o preguntas y se concierta una nueva entrevista para la entrega de los cuestionarios si los han terminado o para ayudarles a finalizarlos en el caso de que no lo hayan hecho.

5.- VARIABLES E INSTRUMENTOS

A continuación se hace una definición de las diferentes variables empleadas en el presente trabajo y los instrumentos empleados para medirlas.

5.1.- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Las variables sociodemográficas que se han recogido son las siguientes: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, profesión, situación laboral actual, religión y frecuencia de prácticas religiosas.

El instrumento empleado ha sido un **Cuestionario de características sociodemográficas** de elaboración propia (ver Anexo II).

5.2.- ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y VARIABLES DE PERSONALIDAD

Las alteraciones psicopatológicas consideradas en el presente trabajo son Ansiedad, Depresión, Hipocondría, Histeria, Psicastenia, Desviación Psicopática, Paranoia, Esquizofrenia, Hipomanía y Obsesión.

La variable de personalidad considerada en el presente trabajo es Introversión Social.

Los instrumentos utilizados son el MMPI-2 y el HAD cuyas características se explican a continuación:

5.2.1.- MMPI-2: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2

Intentario deHathaway y McKinley (1999). La adaptación española se ha realizado por Ávila-Espada y Jiménez-Gómez (1999).

Es un test de amplio espectro diseñado para evaluar un gran número de patrones de personalidad y trastornos emocionales.

Consta de tres grupos de escalas: básicas, de contenido y suplementarias. Contiene también un grupo de escalas referentes a la validez, y otras adicionales como las subescalas de Harris-Lingoes.

Después de 1950 se estableció el formato de la primera versión del MMPI, que con el paso del tiempo ha tenido que ser modificado por los cambios culturales, han surgido cuestionamiento de ciertos ítems que se han considerado innecesariamente intrusivos y censurables, sexistas, o bien se han quedado desfasados por la evolución de la cultura y el idioma. Además, en las muestras originales que se usaron para validar el cuestionario, había una representación inadecuada de adultos de diferentes regiones, marcos culturales y grupos étnicos y raciales.

Para la elaboración de la nueva versión del cuestionario se añadieron nuevos ítems para proporcionar una mejor cobertura de temas y áreas de interés que no habían recibido atención adecuada en el originario. Estos ítems han reemplazado a otros que eran culturalmente inadecuados o psicométricamente poco fiables.

También se crearon formas adicionales para reunir información biográfica y suplementaria que incluye una medida de cambios significativos recientes en las vidas de los sujetos y sobre el grado de satisfacción en las relaciones de pareja.

Tipificación: tablas de puntuaciones típicas normalizadas en cada una de las subescalas debidamente diferenciadas por sexos.

ESCALAS:

I- ESCALAS CLÍNICAS:

- 1) **Escala 1 (Hs: Hipocondría)**: Refleja tanto síntomas determinados, como una preocupación somática más general o una atención auto-centrada en sus vidas.
- 2) **Escala 2 (D: Depresión)**: Refleja los rasgos clínicos de la depresión así como los rasgos de personalidad de las personas depresivas (hiperresponsabilidad, valores personales rígidos y autocastigo).
- 3) **Escala 3 (Hy: Histeria de conversión)**: Refleja quejas físicas específicas, negación de problemas de la propia vida y ausencia de ansiedad social.
- 4) **Escala 4 (Pd: Desviación psicopática)**: Refleja la disposición de estas personas para reconocer el tipo de problemas que suelen tener, ausencia de consideración acerca de la mayoría de las normas sociales y morales de conducta.
- 5) **Escala 5 (Mf: Masculinidad-Feminidad)**: Sirve para valorar problemas en la identidad sexual en varones, así como las reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, interrelaciones sociales en las que difieren hombres y mujeres.
- 6) **Escala 6 (Pa: Paranoia)**: Refleja una marcada sensibilidad interpersonal, una tendencia a malinterpretar los motivos o intenciones de otros, egocentrismo e inseguridad.
- 7) **Escala 7 (Pt: Psicastenia)**: Algunos ítems corresponden a la actual designación de trastorno obsesivo-compulsivo. La escala completa refleja ansiedad y estrés más generalizados, declaración de normas morales estrictas, auto-culpa por lo que va mal y rígidos esfuerzos por controlar los impulsos.
- 8) **Escala 8 (Sc: Esquizofrenia)**: El contenido de los ítems abarca un amplio rango de pensamientos extraños, experiencias inusuales y características sensibles especiales de estos individuos.
- 9) **Escala 9 (Ma: Hipomanía)**: su contenido cubre algunas características conductuales de la hipomanía y rasgos asociados (ambición desmedida, extraversión y altas aspiraciones).
- 10) **Escala 0 (Si: Introversión social)**: Las puntuaciones por debajo de la media reflejan las tendencias contrarias, en el sentido de participación y ascendencia social.

II- ESCALAS DE CONTENIDO: Han sufrido algunos cambios respecto a la versión inicial: algunos de los ítems originales han sido alterados o borrados y se han incluido muchos nuevos. La aproximación del ítem crítico no ha cambiado sustancialmente. Las que se usan en el presente estudio son la escala ANX (Ansiedad) y la escala OBS (Obsesividad).

Propiedades psicométricas (Versión española):

Fiabilidad: alfa de Crombach: 0,91 (con las escalas básicas de contenido y suplementarias). Con las diez escalas básicas su valor es de 0,78.

Fiabilidad test-retest: sus valores van entre 0,67 y 0,92 en una muestra de 82 varones y de 0,58 y 0,51 en una muestra de 111 mujeres.

Estructura factorial: ha sido explorada mediante el análisis de los componentes principales (comparando las soluciones de la rotación Varimax y Oblicua, esencialmente coincidentes) a partir de la matriz de correlación. Este análisis revela una estructura factorial muy semejante, tanto en el grupo de varones como en el de mujeres en torno a 4 factores, que obtuvieron “valores propios” mayores que 1.

5.2.2- HAD: The Hospital Anxiety and Depression Scale

Escala desarrollada por Zigmond y Snaith (1983). La adaptación a la población española se ha realizado por Tejero, Guimera, Farré y Peri (1986),(ver Anexo III).

La escala de ansiedad y depresión en el hospital (HADS) desarrollada por Zigmond y Snaith (1983) es una de las más usadas en oncología. Se puede contestar como autoinforme y consta de 14 *items* de los cuales 7 miden ansiedad y 7 miden depresión. El formato de respuesta es mediante una escala Likert de 4 grados de frecuencia. Una de sus ventajas es que se contesta en un corto espacio de tiempo. Es un instrumento útil de *screening* en el que se dan unas puntuaciones de corte en las que se minimiza el número de falsos positivos y negativos.

Puntuación: No se consideran casos si la puntuación está entre 0-7 puntos, son casos dudosos con puntuación entre 8 y 10 puntos y se consideran casos con puntuación entre 11 y 21 puntos.

Propiedades psicométricas:

Validez:

- Subescala de depresión: Sensibilidad de 0,99 (1% de falsos negativos) y especificidad de 0,99 (1% de falsos positivos).
- Subescala de ansiedad: Sensibilidad de 0,99 (1% de falsos negativos) y especificidad de 0,95 (5% de falsos positivos).

Estos valores tan elevados de sensibilidad y especificidad son menores en otros estudios (Ibbotson et al., 1993; Razavi et al., 1990), aunque siguen teniendo valores suficientemente altos para considerarse un instrumento adecuado de *screening* de alteraciones psicopatológicas en enfermos oncológicos.

Medición de la severidad de la ansiedad y la depresión:

Las puntuaciones de las dos subescalas se pueden considerar como indicadores de la severidad de la ansiedad y la depresión. Las correlaciones (Spearman) entre las puntuaciones de las subescalas y la valoración psiquiátrica mediante entrevista son para la depresión: $r = 0,70$ y para la ansiedad $r = 0,74$; con $p < 0,001$ en ambos casos.

Influencia de la enfermedad física en los valores obtenidos:

Los pacientes físicamente enfermos que no tienen ni ansiedad ni depresión, tienen valores similares a los de las personas normales sin padecimientos físicos. De lo que se concluye que los valores de la escala no se ven alterados por la enfermedad física.

Versión española (Quintana et al, 2003)

1) Fiabilidad:

- Alfa de Crombach: 0,86 para ambas subescalas de depresión de ansiedad según los hallazgos del estudio de Quintana y colaboradores (2003) y de 0,81 para la escala de ansiedad y de 0,82 según los hallazgos de Tejero y colaboradores (1986).
- Test re-test es significativo con un coeficiente de correlación mayor de 0,85.
- Análisis factorial: muestra dos factores claramente diferenciados: ansiedad y depresión.

2) Validez (Quintana et al, 2003):

La subescala de ansiedad muestra una alta correlación (0,68) con el STAI (State-Trait Anxiety Inventory de Spielberg y cols.).

La subescala de depresión muestra una alta correlación (0,71) con el BDI (Beck Depression Inventory).

5.3.- ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: COPE

Para el presente trabajo partimos del modelo teórico de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) cuya definición de las estrategias de afrontamiento sería: *“aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (p.164).

El instrumento empleado para medir dichas estrategias de afrontamiento sería el COPE (ver Anexo IV) de Carver, Scheier y Weintraub (1989). La versión española ha sido desarrollada y validada por Crespo y Cruzado, 1997. El COPE es una escala multidimensional de evaluación de modos generales de afrontamiento. Cada pregunta consta de 4 ítems y el cuestionario consta de un total de 60 preguntas. Se responde en una escala tipo Likert de cuatro puntos (1-4), indicándose con ella la frecuencia con que se utiliza cada una de las conductas. Tiene la posibilidad de ser aplicado en versiones tanto disposicional (qué hace habitualmente para afrontar situaciones estresantes) como situacional (ante un problema

específico o un período de tiempo determinado). La diferencia se establece mediante una variación en las instrucciones en las que se modifica el marco de referencia.

El COPE tiene una estructura factorial con seis modos básicos de afrontamiento: del problema (conductual y cognitivo), escape-evitación (conductual y cognitiva), de las emociones y utilización de alcohol y drogas. Las dos últimas subescalas se añaden posteriormente a la elaboración inicial del cuestionario. Los seis modos básicos de afrontamiento citados se muestran a continuación con sus correspondientes subescalas (15 en total) (Crespo y Cruzado,1997).

Las propiedades psicométricas del COPE se muestran a continuación:

1) Versión americana (Carver, Scheier y Weintraub; 1989)

- a. Coefficiente de fiabilidad alfa de Crombach para las diferentes escalas oscila entre 0,45 y 0,92 (sólo una de las escalas, la de Desconexión Mental, tiene un coeficiente menor de 0,60).
- b. Consistencia interna de las distintas escalas es mayor cuando se utiliza la versión situacional del cuestionario, referida al acontecimiento más estresante experimentado por el sujeto en los últimos dos meses.
- c. Fiabilidad test-retest de la versión disposicional oscila entre 0,42 y 0,89, para un intervalo de 6 semanas (sólo Desconexión Conductual está por debajo de 0,60). El coeficiente de fiabilidad es mayor para la versión situacional.
- d. Validez de constructo: los estudios de la estructura factorial han mostrado la correspondencia con el modelo teórico inicial para ambas versiones del cuestionario.
- e. Análisis de las correlaciones entre las distintas escalas (en las dos versiones): muestra poca correlación entre ellas. Sin embargo, las correlaciones existentes parecen agrupar las estrategias en dos dimensiones,

una que incluiría las estrategias teóricamente desadaptativas (Desconexión mental y conductual, Negación, Centrarse en las emociones y desahogarse y Uso de alcohol y otras drogas) y otras adaptativas (las demás) (Carver et al., 1993). Entre ambas versiones del COPE (situacional y disposicional), cada escala correlaciona con su correspondiente en la otra versión a un nivel moderado-bajo, aunque significativo (entre 0.22 y 0.39). Habiendo una gran asociación en todos los casos entre las escalas Religión (0.76) y Uso de Alcohol (0.50). No hay ninguna asociación entre las escalas Refrenar el afrontamiento, Supresión de actividades distractoras y Búsqueda de apoyo social instrumental.

Para establecer la validez convergente y discriminante del cuestionario se establecieron puntuaciones entre las escalas de afrontamiento y distintas medidas de personalidad. Los resultados obtenidos avalan la validez convergente y discriminante del cuestionario. Por ejemplo, hay una relación entre las estrategias de Afrontamiento Activo y Planificación con las variables: optimismo, control de la situación, autoestima, fortaleza y personalidad tipo A. El Afrontamiento activo también presenta una relación inversa con ansiedad-rasgo, así como la Reinterpretación Positiva y Crecimiento Personal.

2) Versión española (Crespo y Cruzado, 1997):

- a) Análisis factorial de primer orden: los índices de consistencia interna calculados mediante el coeficiente alfa de Crombach, se sitúan por encima de 0.6 para todas las subescalas, excepto las dos últimas de naturaleza claramente heterogénea (Actividades Distractoras y Evasión).
- b) Análisis factorial de segundo orden: Las escalas formadas, presentaron índices de consistencia interna superiores a 0.75 para todas las escalas excepto para la de Escape Conductual (0.53). Se obtuvieron seis factores con valores propios mayores que 1, que explicaban el 53% de la varianza. Dichos factores son: 1) Afrontamiento Conductual Centrado en el Problema, 2) Afrontamiento Cognitivo del Problema, 3) Escape cognitivo,

4) Afrontamiento Centrado en las Emociones, 5) Escape Conductual, 6) Consumo de Alcohol o Drogas.

- c) Correlaciones entre las subescalas: Son elevadas y significativas ($p < 0,001$) para todas las subescalas con la excepción de la subescala de Negación, siendo los resultados aún más positivos para las escalas: todas las correlaciones fueron superiores a 0,70, excepto la de Desconexión Conductual (0,58), aunque en todos los casos las correlaciones alcanzaron la significación estadística ($p < 0,001$).
- d) Correlaciones entre las escalas: las escalas no están fuertemente intercorrelacionadas (sólo tres de las correlaciones son superiores a 40), no obstante, muchas de las correlaciones alcanzaron significación estadística ($p < 0,001$), pudiéndose establecer asociaciones conceptualmente significativas.
- e) Parece existir una asociación entre las estrategias que teóricamente son adaptativas (Afrontamiento Activo, Planificación, Crecimiento Personal, Reinterpretación Positiva, Refrenar el Afrontamiento, Concentrarse Esfuerzos para Resolver la Situación, Aceptación y Humor); como entre las supuestamente poco adaptativas (Abandono de Esfuerzos por Resolver la Situación, Evasión y Negación) que se relacionan también con Religión. Aparte de éstas, hay dos estrategias fuertemente asociadas entre sí (Búsqueda de Apoyo Social y Centrarse en las Emociones y Desahogarse), que no se relacionan con ninguno de los grupos anteriores. Las escalas Actividades Distractoras y Utilización de Alcohol o Drogas, apenas presentan asociaciones importantes con las demás, aunque parece haber una tendencia a la asociación con escalas poco adaptativas (la primera con Evasión y la segunda con Abandono de Esfuerzos de Resolución).
- f) Fiabilidad test-retest: Las correlaciones fueron elevadas y significativas ($p < 0,001$) para todas las subescalas con la única excepción de la subescala de Negación. Entre las escalas todas las correlaciones fueron superiores a 0.70, a excepción de la escala de Escape Conductual (0.58), aunque en

todos los casos las correlaciones alcanzaron significación estadística ($p < 0.001$).

5.4.- LOCUS O LUGAR DE CONTROL: ESCALA I-E DE ROTTER

Partimos de la idea de Locus de control desarrollada por Rotter (1966) que lo define de la siguiente forma: *“Cuando un suceso es percibido por el sujeto como... no completamente contingente con su acción, entonces, en nuestra cultura, esto es percibido mayoritariamente como el resultado del azar, la suerte, el destino, como si se encontrara bajo el control de otras personas más poderosas o bien como si fuera causado por la gran cantidad de fuerzas que le rodean. Cuando este refuerzo es interpretado de esta forma por individuo, lo hemos etiquetado como persona con una creencia en el control externo. Si la persona percibe que el hecho es contingente con su propia conducta o con sus características relativamente permanentes, denominamos a esto como una persona con una creencia en el control interno”* (p.1). Es decir, el individuo con Locus de control más externo supondría que lo que le sucede depende de circunstancias ajenas a su voluntad y el individuo con un Locus de control más interno supondría que tiene responsabilidad e influencia en lo que ocurre.

El instrumento utilizado para medir el Locus de control ha sido la **ESCALA I-E O INVENTARIO DE REACCIÓN SOCIAL** (Ver Anexo V) desarrollada por Rotter (1966). También se llama Escala de Control Interno-Externo o Escala de Locus de Control de Rotter. Es un inventario de autoinforme, diseñado para detectar las diferencias en la percepción de los sucesos como controlados interna o externamente, que consta de 29 ítems. De los 29 ítems, 23 se dirigen a medir el control y los 6 restantes son “ambiguos”, en el sentido de que su única función es hacer menos claro el objetivo del cuestionario.

Una puntuación entre 1 y 11 se categoriza como Locus de control interno, entre 13 y 23 como Locus de control externo. Las puntuaciones de 12 se consideran Locus de control medio.

Tiene formato de elección forzada, teniendo que elegir en cada ítem entre dos ideas contrarias, una de tipo interno y otra de tipo externo.

Los ítems están adaptados a partir de los 60 de los que consta la Escala de Locus de Control de James (1957). Fueron seleccionados de forma que su correlación con la puntuación total fuera moderada y baja con la Escala de Deseabilidad Social del Marlowe y Crowe (1960).

La puntuación obtenida es un punto por cada alternativa externa escogida por el sujeto. Se dirige a la medida del externalismo, es decir, cuanto más alta sea la puntuación obtenida, más externo será el Locus de control y viceversa.

Rotter (1966) sugiere que las respuestas a los instrumentos reflejan un factor general, aunque análisis posteriores realizados sobre la escala original y otras derivadas sugieren la existencia de varios factores separados (Furnham & Steele, 1993).

Según Rotter (1975), la escala se desarrolló no como un instrumento, sino para tener en cuenta el bajo grado de predicción de una conducta bajo un amplio rango de situaciones potenciales. Es decir, que las indicaciones situacionales ante un determinado hecho pueden influir en la expectativa de refuerzo percibida. Aunque las creencias sobre el control también están relacionadas con la expectativa de éxito en general.

Fiabilidad y Validez:

La consistencia interna estimada es estable (0,80). Alfa de Crombach entre 0,69 y 0,76 (Furnham & Steele, 1993).

La fiabilidad test-retest con intervalos de uno o dos meses se ha establecido en un rango entre 0,60 y 0,88 (Furnham & Steele, 1993) y según Rotter (1966) de 0,83 con intervalos de un mes y de 0,49 en dos meses.

Aunque según Rotter y colaboradores, ante situaciones de destreza o de suerte se anula cualquier diferencia en la conducta que pueda ser generada por las disposiciones de la personalidad o las expectativas generalizadas.

Para nuestro estudio hemos usado la versión de Pérez (1984) que ha hallado puntuaciones medias de 11,6 en población española (estudiantes de psicología) con una desviación típica de 3,50.

5.5.- SENTIDO DE LA VIDA: PIL

El sentido de la vida tendría que ver según hemos recogido en el presente trabajo, con la percepción de significados o propósitos en la propia vida de una forma global, es decir, está orientada hacia algún fin (Frankl, 1988, 1990a, 1990b, 1994, 1999b). La idea de sentido que se considera en el presente trabajo es la que parte de la logoterapia de Victor Frankl.

El instrumento utilizado para medir el sentido de la vida es el **PIL (Purpose in life test)** (ver Anexo VI) que ha sido creado por Crumbaugh y Maholick (1968, 1969) en base a las ideas del Análisis existencial y la Logoterapia de Víctor Frankl. La versión española ha sido desarrollada y validada por Noblejas en su tesis doctoral (1994). Este cuestionario valora el grado de propósito o sentido en la vida, o como polo contrario del mismo constructo, el vacío existencial. También se llama “prueba de los propósitos vitales”. Una mayor puntuación en el test indica un mayor sentido de la vida. Consta de tres partes, pero sólo la primera que contiene 20 ítems con perfiles de polaridad y es la que ha sido validada por medio de test. En las preguntas el sujeto se sitúa a sí mismo en una escala de tipo Likert de 1 a 7 entre dos sentimientos extremos. Esta parte del test es la que ha sido validada. La parte segunda y tercera no se cuantifican, pues son de tipo cualitativo. En la presente investigación se usa sólo la primera parte.

Se han establecido varios grupos en base a rangos de puntuación, por los que se pueden establecer los siguientes:

- a. Logro interior de sentido muy malo (*neurosis o depresión noógena*): puntuación: 0-84.
- b. Logro interior de sentido malo (*frustración existencial*): puntuación entre 85 y 93.
- c. Logro interior de sentido *cercano a la frustración existencial*: puntuación entre 94 y 96.
- d. Logro interior de sentido medio: puntuación entre 97 y 115.
- e. Logro interior de sentido bueno: puntuación entre 115 y 140.

También se puede hacer una distinción en tres grupos estableciendo tres rangos de puntuaciones:

- 1) Logro interior de sentido malo: puntuación entre 0 y 97.
- 2) Logro interior de sentido medio: puntuación entre 98 y 115.
- 3) Logro interior de sentido bueno: puntuación entre 115 y 140.

La validez de constructo se comprobó con la predicción del orden de las medias de cuatro poblaciones no clínicas y seis poblaciones clínicas. Se comprobó que existía una diferencia significativa entre la población clínica y la no clínica en relación con las medias obtenidas (menor sentido de la vida en el grupo con alteraciones mentales). En pacientes esquizofrénicos por su tendencia a percibir un sentido profundo en acontecimientos triviales, se pueden obtener resultados paradójicos (Crumbaugh y Maholick, 1968, 1969).

Las propiedades psicométricas de la versión original (Crumbaugh y Maholick, 1968, 1969) muestran un alfa de Crombach de 0,86.

Propiedades psicométricas de la versión española (Noblejas, 1994)

La versión española del PIL muestra una correlación significativa con la versión española del Logo-test (Lukas, 1986) (al 99,9%) con el que comparte un 34% de la varianza). El Logo-test es otro test diseñado para medir el sentido de la vida en base a las ideas de la logoterapia, pero que presenta fiabilidad menor que el PIL (Noblejas, 2000b). Los dos test comparten una varianza entre el 34 y el 38% (Noblejas, 1994).

Análisis factorial: Del análisis de los componentes principales surgieron cuatro factores, de los que no se descarta ninguno, y que llegan a explicar el 54% de la varianza en el espacio de los valores y un 100% en el factorial. Se podría decir que el constructo “sentido de la vida” (como lo mide el PIL) tiene diferentes componentes o matices: percepción de sentido (se captan motivos por los que la propia vida tiene sentido y se valora ésta en general), experiencia de sentido (matiz más vivencial que el anterior, que es más cognitivo), metas y tareas (que son fuente de sentido) y dialéctica destino-libertad (y manejo adecuado de la misma) (Noblejas, 1994; Noblejas 2000a).

El porcentaje de la varianza explicado por el factor I es sustancialmente mayor que el que explican los demás factores. Pero entre los cuatro factores se explica más la varianza (Noblejas, 1994).

Validez: La validez de constructo se comprobó como adecuada a los contenidos planteados por la logoterapia (Noblejas, 1994). La correlación entre el PIL y el Logo-test también nos indica la validez de constructo (Noblejas, 1994, 2000b).

Fiabilidad: Coefficiente de fiabilidad alfa de Crombach de 0.879 (Noblejas, 1994, 2000b). Los datos obtenidos en otros estudios indican también una gran fiabilidad (Noblejas, 2000b)

5.6.- RELIGIOSIDAD Y ESPIRITUALIDAD: SBI

En el presente trabajo consideramos como variable el nivel de creencias religiosas y espirituales. Consideramos preciso tener en cuenta ambas dimensiones de las creencias porque muchas personas que tienen creencias espirituales no pertenecen a ninguna religión.

Los datos referentes a dichas creencias se han obtenido mediante preguntas sobre la filiación religiosa, preguntas sobre frecuencia de práctica religiosa, además del **INVENTARIO DE SISTEMAS DE CREENCIAS (SBI-15)** (ver Anexo VII) de Holland, Kash, Passik, Gronert, Sison, Lederberg, Russak, Baider y Fox (1998). La versión en español ha sido desarrollada por Almanza-Muñoz (1999), pero no disponemos de todas las propiedades psicométricas de la versión española porque aún no han sido publicadas ni facilitadas por el autor. Este instrumento ha sido diseñado para medir creencias y prácticas de tipo religioso y espiritual, así como el apoyo social derivado de pertenecer a una comunidad con este tipo de creencias, para ser usado en estudios que evalúan calidad de vida y variables psicosociales relacionadas con el afrontamiento de enfermedades. Estas variables se han mostrado como mediadores de las respuestas de afrontamiento de enfermedades graves (Holland et al., 1998).

El SBI se ha diseñado por un equipo multidisciplinar formado por religiosos y profesionales de la Salud Mental y otros profesionales de la Salud. Se puede aplicar a

individuos ateos, agnósticos, sin afiliación religiosa, o con una orientación religiosa y/o espiritual de moderada a fuerte.

Es la versión abreviada del SBI-54, del que se han seleccionado los ítems con mayor factor de consistencia (0,61-0,86). Hay una alta correlación entre el SBI-54 y el SBI-15 ($r = 0,98$, $p < 0,0001$).

El SBI-15 muestra una alta consistencia interna, con un alfa de Crombach de 0,93. Su versión española tiene un valor de 0,89 (Almanza y Holland, 1999).

Consta de dos subescalas:

- 1) Subescala I: Creencias y prácticas espirituales: 10 ítems. Tiene un alfa de Crombach de 0,92.
- 2) Subescala II: Soporte social derivado de pertenecer a una comunidad religiosa: 5 ítems. Tiene un alfa de Crombach de 0,89.

El coeficiente de fiabilidad test-retest es 0,95 para los religiosos y los laicos.

Tiene una alta correlación con la subescala de “religiosidad intrínseca” de la escala de religiosidad ROI (Religious Orientation Inventory de Allport, 1967) con un $r = 0.84$; y con la escala INSPIRIT (Index of Score Spiritual Experiences de Kass y cols. , 1991) con un $r = 0.82$. Con respecto al ROI, tiene la ventaja de que además de medir diversos aspectos de la religiosidad, tiene en cuenta el sentido de la espiritualidad que es más amplio. Con respecto al INSPIRIT, tiene la ventaja de medir aparte de las experiencias de tipo espiritual en relación con un poder superior, mide prácticas religiosas concretas.

Es decir, aúna en un solo cuestionario variables de tipo religioso, espiritual y de apoyo social en relación con la comunidad de pertenencia; por lo cual resulta más completo que otros cuestionarios previos.

Otras ventajas: Ha sido traducido al hebreo, alemán, español y se usa habitualmente en estudios transculturales,

Limitaciones: Ha sido usado en su validación con individuos sanos y pacientes en tratamiento de melanoma maligno.

5.7.- OTRAS VARIABLES

Para tener en consideración la relación que el paciente encuentra entre las diferentes variables citadas se ha elaborado un inventario de preguntas con 5 opciones de respuesta tipo likert. Las preguntas giran en torno a las relaciones entre el afrontamiento de la enfermedad, el sentido de la vida, el sentido del sufrimiento y la religiosidad por este motivo se ha llamado **Inventario: ASR (Afrontamiento, Sentido, Religiosidad)** (ver Anexo VIII). En dicho inventario también hay preguntas específicas sobre la percepción del sentido del sufrimiento.

Este inventario tiene la limitación de que como define cada persona lo que es enfrentarse a una determinada situación, o el sentido de la vida o del sufrimiento o la religiosidad, pueden ser diferentes. Sobre todo el término sentido puede resultar ambiguo y por lo tanto nos lleva a ser cautos sobre los resultados obtenidos.

6.- ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados del cuestionario se han codificado y transformado en una base de datos de la versión 12.0 del paquete estadístico SPSS. Ésta se depuró realizando una comprobación aleatoria de registros para detectar posibles errores de introducción de datos y también se realizó una depuración lógica para detectar categorías o valores inexistentes en dichos registros.

Posteriormente se ha realizado un estudio descriptivo para conocer las distribuciones de frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas en nuestra muestra. Se ha realizado también un estudio analítico, estableciéndose asociaciones entre variables mediante la Correlación de Pearson, la prueba de Chi cuadrado y el ANOVA.

XIII.- RESULTADOS I: PARTE DESCRIPTIVA

1.- ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y VARIABLES DE PERSONALIDAD

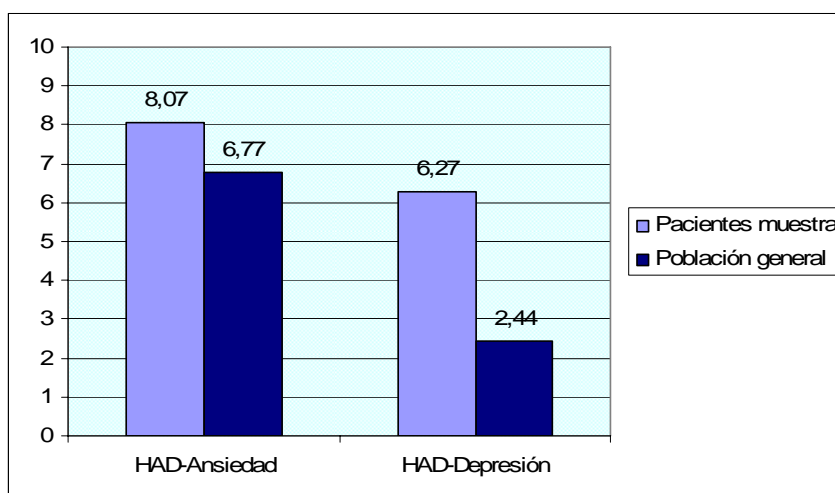
Los resultados obtenidos con relación a diferentes alteraciones psicopatológicas se han obtenido mediante la escala HAD y el Inventario MMPI-2 (que también mide variables de personalidad). Dichos resultados se muestran a continuación:

1.1.- Escala HAD

En la subescala del HAD de ansiedad se obtiene una media de **8,07** (DT= 4,45), cuyo valor es superior al de la media en población general española, que es de 6,77. Las diferencias entre la media obtenida en la muestra y la obtenida en población general española no son estadísticamente significativas, aunque la diferencia está cercana a la significación estadística ($p= 0,064$).

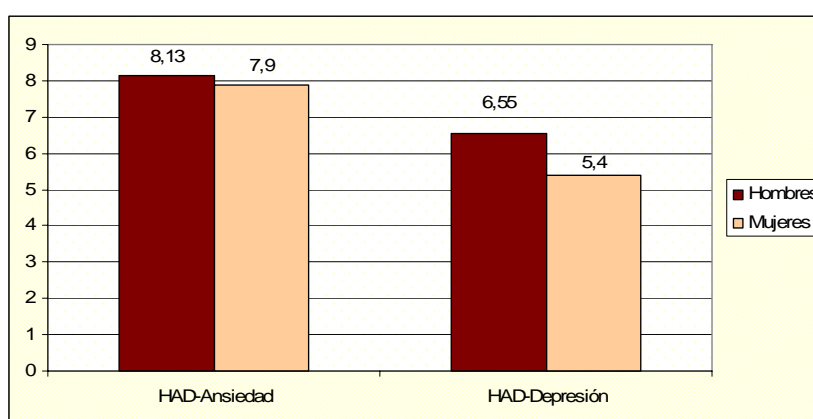
En la subescala del HAD de depresión se obtiene una media, en la muestra, de **6,27** (DT= 4,56); un valor superior al obtenido en población general que es de 2,44. En este caso la diferencia entre los pacientes muestra y la población general española sí es estadísticamente significativa ($p<0,01$). La comparación entre las medias de los pacientes de la muestra y la población general se muestran en el Gráfico 1.1.

GRÁFICO 1.1: Comparación de medias obtenidas con el HAD en la muestra y en la población general.



En la subescala de ansiedad no hay apenas diferencias entre hombres (Media = 8,13) y mujeres (Media = 7,9); sí se encuentran una media más alta en la subescala de depresión en los hombres (Media =6,55) en comparación con las mujeres (Media = 5,4). En ambos casos no hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. La comparación entre los datos obtenidos se muestra en el Gráfico 1.2.

GRÁFICO 1.2: Comparación de medias obtenidas con el HAD en hombres y mujeres.

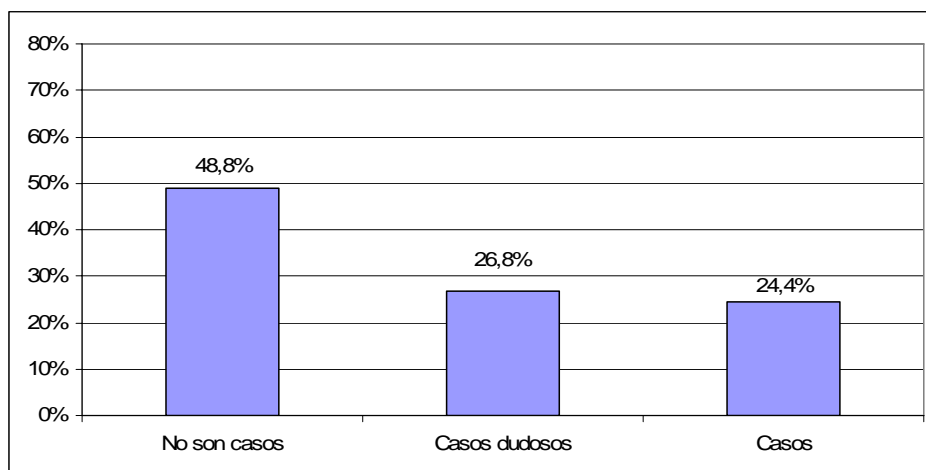


Si dividimos la muestra en función de la puntuación obtenida en la escala HAD, obtenemos los tres grupos siguientes:

- Puntuación entre 0 y 7 puntos: no se consideran casos.
- Puntuación entre 8 y 10 puntos: casos dudosos.
- Puntuación entre 11 y 21 puntos: se consideran casos.

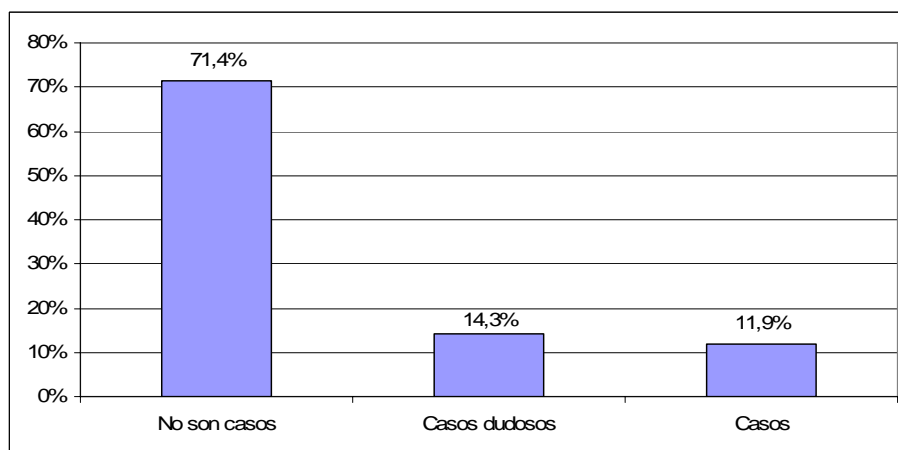
Haciendo dicha división en grupos en la subescala de ansiedad se obtiene que un 48,8% no se considerarían casos, un 26,8% se considerarían casos dudosos y un 24,4% se considerarían casos que requieren atención clínica. Estos datos se pueden ver en el Gráfico 1.3.

GRÁFICO 1.3: Distribución de los pacientes de la muestra en grupos en función de las puntuaciones de la subescala de ansiedad de la escala HAD.



En la subescala de depresión, si hacemos la misma subdivisión en tres grupos, encontramos que un 71,4% de los pacientes no se considerarían casos, un 14,3% se considerarían casos dudosos y un 11,9% se considerarían casos. Estos datos de pueden ver en el Gráfico 1.4.

GRÁFICO 1.4: Distribución de los pacientes de la muestra en grupos en función de las puntuaciones de la subescala de depresión de la escala HAD.



Si se establece un punto de corte a partir de 8, se unen los casos con los casos dudosos de ansiedad y depresión. Uniendo ambos casos tendríamos un 26,2% de pacientes con

puntuaciones de probable depresión mayores de 8 en la subescala de depresión de la escala HAD y de un 51,2% de pacientes en la subescala de ansiedad.

Aparte de los datos referidos, se encontró que un 9,5% de los pacientes (n=4) presentaban simultáneamente puntuaciones elevadas de ansiedad y depresión.

1.2.-Inventario MMPI-2

En el presente trabajo obtenemos una serie de puntuaciones en el MMPI-2, hemos seleccionado los resultados de las escalas clínicas y dos de las escalas de contenido más relacionadas con la clínica (Obsesión y Ansiedad).

Los resultados directos del inventario se llaman puntuaciones Z que resultan de contar un punto por cada respuesta de una de las preguntas del cuestionario en función de la plantilla de corrección. Dichas puntuaciones Z se transforman en puntuaciones T según las indicaciones del Manual del MMPI-2.

En la Tabla 1.1 se muestra la media de puntuaciones Z y T de las escalas clínicas del MMPI-2, además de las de Obsesión y de Ansiedad del MMPI-2 obtenidas en presente trabajo.

TABLA 1.1: Puntuaciones medias de escalas del MMPI-2.

ESCALAS MMPI-2	MUESTRA (PUNTUACIONES Z)	MUESTRA (PUNTUACIONES T)
Hipocondría	19,13	59,28
Depresión	26,45	57,38
Histeria	25,05	55,15
Desviación psicopática	23,8	49,95
Paranoia	11,10	48,75
Psicastenia	30,83	49,8
Esquizofrenia	31,9	49,95
Manía	18,4	46,48
Introversión social	32,45	54,25
Ansiedad	9,9	53,10
Obsesión	6,65	51,78

En función de los valores de las puntuaciones T obtenidas tal y como se señala en el manual del MMPI-2 (Hathaway & McKinley, 1999) podemos hacer dos grupos en cada una de las escalas clínicas, en función de si la puntuación está por debajo o por encima de 60 puntos (en las puntuaciones T). La puntuación mayor de 60 puntos indicaría la presencia de psicopatología. Los datos referentes al porcentaje de pacientes en cada uno de los dos grupos se muestran a continuación. Los porcentajes no suman 100% porque ha habido dos pacientes

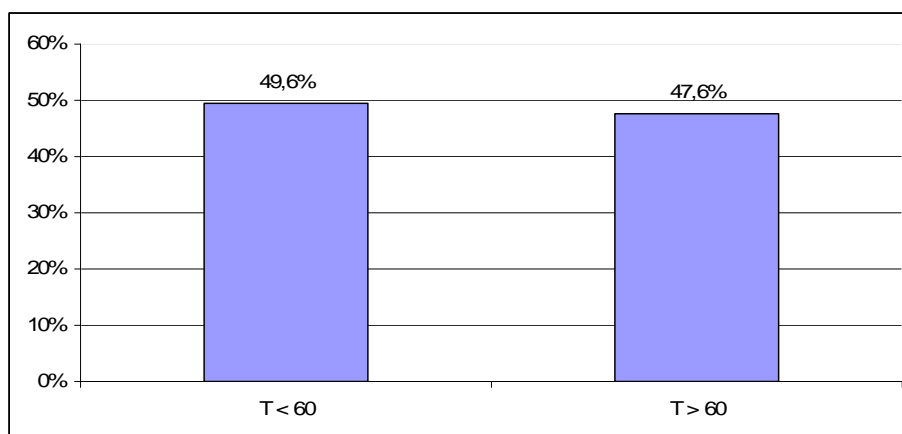
de la muestra que no han respondido a las preguntas del MMPI-2 y por lo tanto tenemos 40 pacientes de los que hemos obtenido dicha información en lugar de los 42 de toda la muestra.

1.2.1.- Hipocondría

En la escala de *Hipocondría* al hacer una división en dos grupos, en función de las puntuaciones T menores y mayores de 60, encontramos que en cada uno de los grupos mencionados tienen casi el mismo número de pacientes, habiendo un 49,6% de pacientes con puntuaciones T menores de 60 y un 47,6% de pacientes con puntuaciones T mayores de 60 (ver Gráfico 1.5).

Los pacientes con puntuación T mayor de 60 en *Hipocondría* tendrían preocupaciones somáticas, exageración de problemas físicos y quejas múltiples. Los que tienen más de 80 puntos tienen problemas somáticos graves, ilusiones esquizoides, extrañas ilusiones corporales o somáticas y con estar constreñido o inmovilizado por múltiples síntomas y quejas. Ninguno de los pacientes de la muestra obtiene una puntuación mayor de 80 puntos.

GRÁFICO 1.5: Representación de los porcentajes de los pacientes con puntuaciones T < 60 y > 60 de la escala *Hipocondría* del MMPI-2.

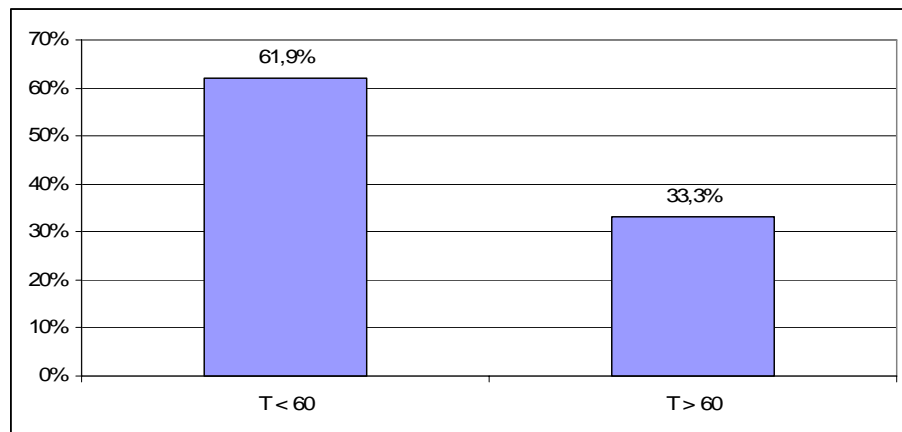


1.2.2.- Depresión

En la escala de *Depresión* al hacer una división en dos grupos, en función de las puntuaciones T menores y mayores de 60, encontramos que hay un 61,9% de pacientes con T menor de 60 y un 33,3% con T mayor de 60 (ver Gráfico 1.6).

En esta escala una T mayor de 60 indica depresión moderada, insatisfacción con la vida, preocupaciones, falta de confianza en uno mismo y disforia. Si es mayor de 70 indica depresión clínica severa, esta puntuación se da en un 26,2% de las personas de la muestra.

GRÁFICO 1.6: Representación de los porcentajes de los pacientes con diferentes puntuaciones T < 60 y > 60 de la escala Depresión del MMPI-2.



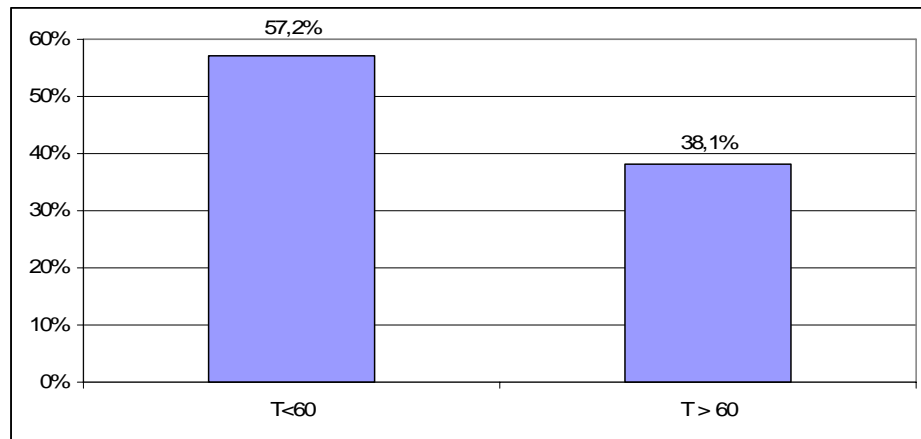
1.2.3.- Histeria de conversión

En la escala de *Histeria de conversión* al hacer una división en dos grupos, en función de las puntuaciones T menores y mayores de 60, encontramos que hay un 57,2% de pacientes con puntuación T menor de 60 y un 38,1% con puntuación T mayor de 60 (ver Gráfico 1.7).

La puntuación T mayor de 60 en *Histeria de conversión* corresponde a personas con síntomas somáticos, trastornos del sueño, ausencia de comprensión sobre la causa de sus síntomas, con negatividad, inmadurez y sugestionables. Con T mayor de 80 se considera que puede haber reacción de conversión, elevada sugestionabilidad, ansiedad frecuente y

episodios de pánico, rabietas infantiles y reacción a la vergüenza con síntomas físicos. Sólo un 4,8% las personas de la muestra (n=2) obtienen esta puntuación.

GRÁFICO 1.7: Representación de los porcentajes de los pacientes con diferentes puntuaciones T < 60 y > 60 de la escala Histeria del MMPI-2.

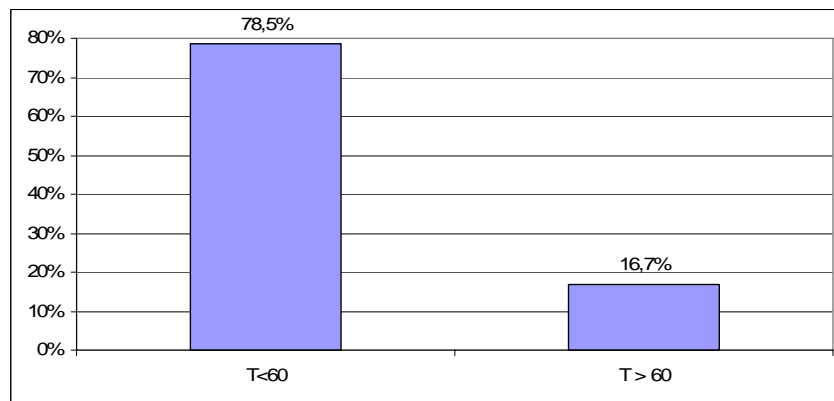


1.2.4.- Desviación psicopática

En la escala de *Desviación psicopática* al hacer una división en dos grupos, en función de las puntuaciones T menores y mayores de 60, encontramos que hay un 78,5% de pacientes con puntuación T menor de 60 y un 16,7% con puntuación T mayor de 60 (ver Gráfico 1.8).

La puntuación T mayor de 60 en *Desviación psicopática* indicaría que la persona que obtiene esta puntuación puede tener problemas con la ley y la autoridad, puede ser impulsiva, irritable, extrovertida. Con las puntuaciones más elevadas (>80) indicaría un comportamiento antisocial (sólo se da en dos personas de la muestra).

GRÁFICO 1.8: Representación de los porcentajes de los pacientes con diferentes puntuaciones T < 60 y > 60 de la escala Desviación psicopática del MMPI-2.

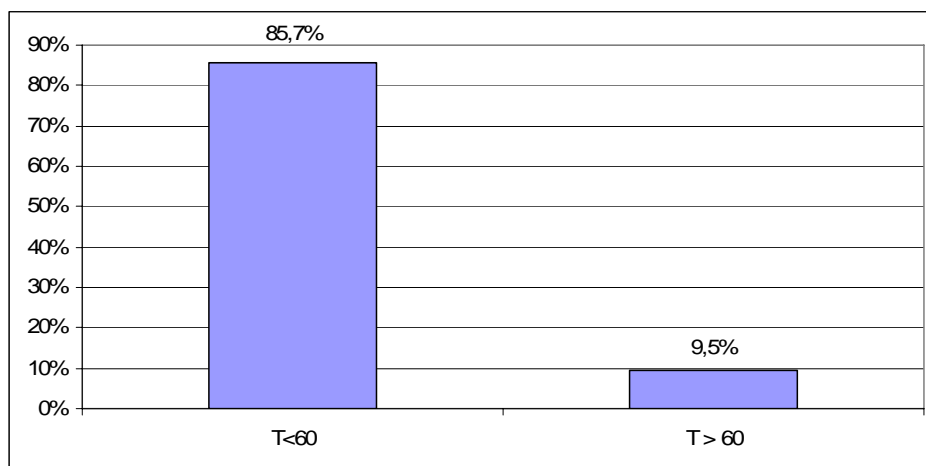


1.2.5.- Paranoia

En la escala de *Desviación psicopática* al hacer una división en dos grupos, en función de las puntuaciones T menores y mayores de 60, encontramos que hay un 85,7% de pacientes con puntuación T menor de 60 y un 9,5% con puntuación T mayor de 60 (ver Gráfico 1.9).

La puntuación T mayor de 60 en *Paranoia* indicaría que la persona que obtiene esta puntuación puede tener una predisposición paranoide; con puntuaciones mayores de 70 habría que considerar la posibilidad de una psicosis paranoide; esta puntuación no la obtiene ningún paciente de la muestra.

GRÁFICO 1.9: Representación de los porcentajes de los pacientes con diferentes puntuaciones T < 60 y > 60 de la escala de Paranoia del MMPI-2.

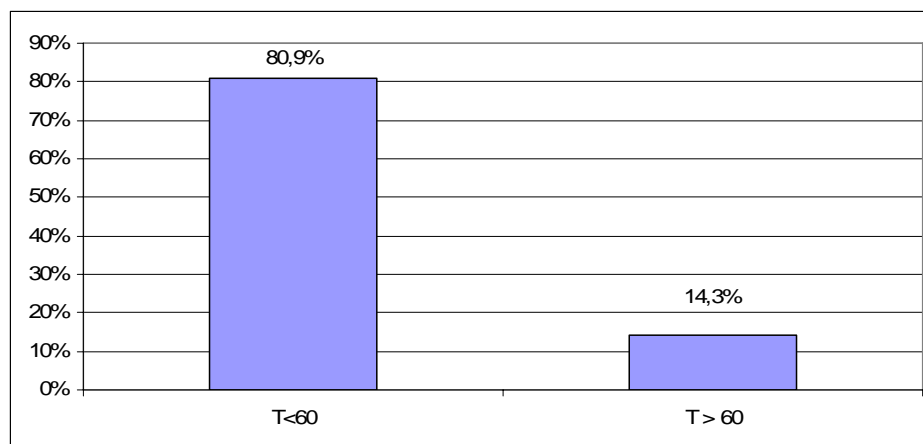


1.2.6.- Psicastenia

En la escala de *Psicastenia*, al hacer una división en dos grupos, en función de las puntuaciones T menores y mayores de 60, encontramos que hay un 80,9% de pacientes con puntuación T menor de 60 y un 14,3% con puntuación T mayor de 60 (ver Gráfico 1.10).

La puntuación T mayor de 60 en *Psicastenia* correspondería a personas con sintomatología de tipo obsesivo-compulsivo y neurótica, con ansiedad, depresión moderada, pesadillas, inseguridad y perfeccionismo. Con T mayor de 75 se considera que puede haber un miedo extremo, trastornos del pensamiento, percepción defectuosa, rumiaciones, rituales, fobias supersticiosas y sentimientos de culpa. Con esta puntuación más elevada sólo hay un paciente de la muestra.

GRÁFICO 1.10: Representación de los porcentajes de los pacientes con diferentes puntuaciones T < 60 y > 60 de la escala de Psicastenia del MMPI-2.

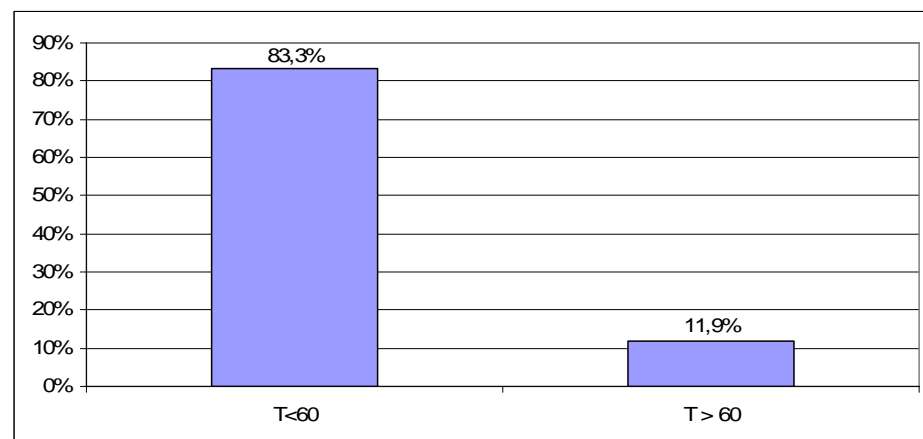


1.2.7.- Esquizofrenia

En la escala de *Esquizofrenia*, al hacer una división en dos grupos, en función de las puntuaciones T menores y mayores de 60, encontramos que hay un 83,3% de pacientes con puntuación T menor de 60 y un 11,9% con puntuación T mayor de 60 (ver Gráfico 1.11).

La puntuación T mayor de 60 en *Esquizofrenia* correspondería a personas con rasgos esquizoides, confusas, miedosas, con pesadillas, reservadas y fantasiosas. Con T mayor de 75 se considera que podría haber un trastorno esquizofrénico. Ninguno de los pacientes de la muestra tiene esta puntuación.

GRÁFICO 1.11: Representación de los porcentajes de los pacientes con diferentes puntuaciones T < 60 y > 60 de la escala de Esquizofrenia del MMPI-2.

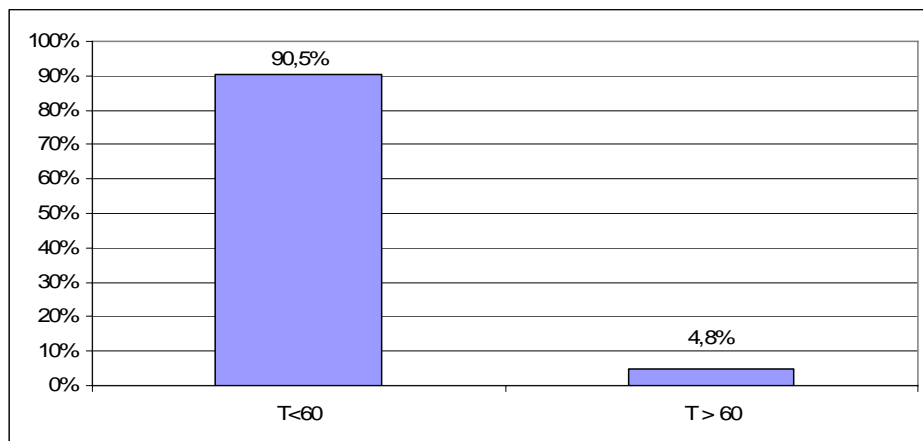


1.2.8.- Hipomanía

En la escala de *Hipomanía*, al hacer una división en dos grupos, en función de las puntuaciones T menores y mayores de 60, encontramos que hay un 90,5% de pacientes con puntuación T menor de 60 y un 4,8% con puntuación T mayor de 60 (ver Gráfico 1.12).

La puntuación T mayor de 60 en *Hipomanía* correspondería a personas activas, enérgicas, extrovertidas, creativas y rebeldes. Con T mayor de 80 se considera que podría haber un trastorno bipolar en fase maníaca. Esta última puntuación sólo se da en uno de los pacientes de la muestra.

GRÁFICO 1.12: Representación de los porcentajes de los pacientes con diferentes puntuaciones T < 60 y > 60 de la escala de Hipomanía del MMPI-2.



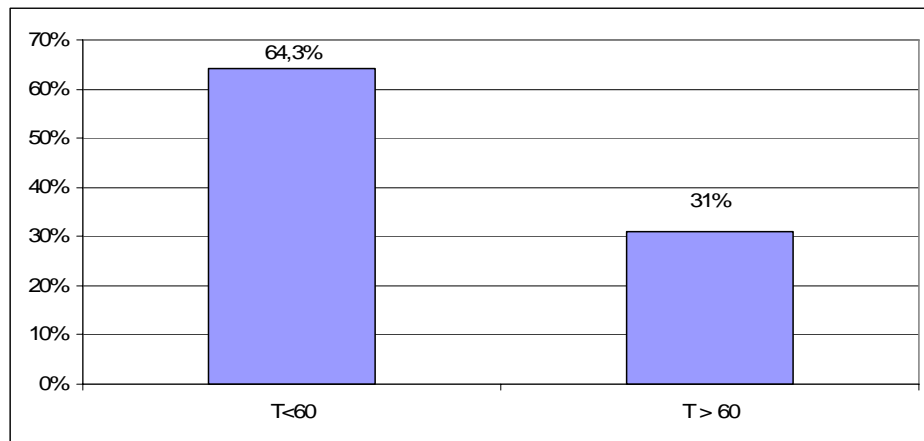
1.2.9.- Introversión social

En la escala de *Introversión social*, al hacer una división en dos grupos, en función de las puntuaciones T menores y mayores de 60, encontramos que hay un 64,3% de pacientes con puntuación T menor de 60 y un 31% con puntuación T mayor de 60 (ver Gráfico 1.13).

La puntuación T mayor de 60 en *Introversión Social* correspondería a personas introvertidas, reservadas y tímidas, depresivas, con sentimientos de culpabilidad, inseguras,

supercontroladas, sumisas y responsables. La puntuación T mayor de 75 corresponde a personas extremadamente reservadas; esta última puntuación sólo se obtiene en dos de los pacientes de la muestra.

GRÁFICO 1.13: Representación de los porcentajes de los pacientes con diferentes puntuaciones T < 60 y > 60 de la escala de Introversión social del MMPI-2.



1.2.10.- Comparación con población general

Los datos existentes en población general, según los datos obtenidos para la baremación en población española, se han establecido por separado para hombres y para mujeres por haber diferencias significativas de género en casi todas las variables (Hathaway & McKinley, 1999). Dichos datos se reflejan en puntuaciones Z pues son las que constan como puntuaciones de referencia en el manual del MMPI-2 (Hathaway & McKinley, 1999).

En el grupo de hombres de la muestra se obtienen puntuaciones mayores que en población general en varias escalas del MMPI-2, siendo estadísticamente significativas las diferencias en *Hipocondría* ($p < 0,01$), *Depresión* ($p < 0,01$), *Introversión social* ($p < 0,01$) y *Ansiedad* ($p < 0,05$).

En la Tabla 1.2 se pueden ver la comparación entre las medias obtenidas en los hombres la muestra con las puntuaciones de hombres de la población general.

TABLA 1.2: Comparación entre medias del MMPI-2 de la muestra y de la población general en hombres.

ESCALAS MMPI-2	HOMBRES (MUESTRA)	HOMBRES (POBLACIÓN GENERAL)
Hipocondría**	18,53	14,7
Depresión**	26,63	22,01
Histeria	24,17	22,2
Desviación psicopática	24,03	24,02
Paranoia	10,9	11,06
Psicastenia	30,47	29,8
Esquizofrenia	31,63	31,3
Manía	18,57	20,08
Introversión social**	32,63	27,66
Ansiedad*	9,93	8,2
Obsesión	7,23	5,99

* La diferencia es significativas con una $p < 0,05$.

** La diferencia es significativas con una $p < 0,01$.

En el grupo de mujeres de la muestra se obtienen puntuaciones mayores que en población general en varias escalas del MMPI-2, siendo estadísticamente significativas las diferencias en *Hipocondría* ($p=0,01$) e *Histeria* ($p < 0,05$). En este grupo se obtienen puntuaciones menores que en población general en la escala *Obsesión*, dicha diferencia está

en el límite de la significación estadística ($p=0,05$). Dichos datos quedan reflejados en la Tabla 1.3.

TABLA 1.3: Comparación entre medias del MMPI-2 de la muestra y de la población general en mujeres.

ESCALAS MMPI-2	MUJERES (MUESTRA)	MUJERES (POBLACIÓN GENERAL)
Hipocondría**	20,9	15,77
Depresión	25,9	24,36
Histeria*	27,7	23,35
Desviación psicopática	23,1	23,66
Paranoia	11,7	11,54
Psicastenia	31,9	31,56
Esquizofrenia	32,7	31,34
Manía	17,9	19,34
Introversión social**	31,9	28,16
Ansiedad	9,8	9,3
Obsesión*	4,9	6,63

* La diferencia es significativas con una $p<0,05$.

** La diferencia es significativas con una $p<0,01$.

1.2.11.- Comparación entre hombres y mujeres de la muestra

Las mujeres de la muestra han obtenido puntuaciones más altas que los hombres en las subescalas *Esquizofrenia*, *Psicastenia*, *Paranoia*, *Hiponcondría* e *Histeria*. Los Hombres obtuvieron puntuaciones más altas que las mujeres en las subescalas *Desviación psicopática* y *Depresión*. Las diferencias detectadas entre ambos grupos sólo son estadísticamente significativas en la subescala *Obsesión* ($p < 0,01$). Los datos referentes a la comparación entre las subescalas del MMPI-2 entre hombres y mujeres se pueden ver en la Tabla 1.4.

TABLA 1.4: Comparación entre medias del MMPI-2 de hombres y mujeres de la muestra.

ESCALAS MMPI-2	MUJERES	HOMBRES
Hiponcondría	61,7	58,47
Depresión	53,1	58,8
Histeria	58,9	53,9
Desviación psicopática	48,8	50,33
Paranoia	43,3	44,03
Psicastenia	50,2	48,27
Esquizofrenia	50,6	49,53
Manía	51,8	49,33
Introversión social	46,7	46,4
Ansiedad	54,3	54,23
Obsesión**	44,7	54,13

* La diferencia es significativa con una $p < 0,05$.

** La diferencia es significativa con una $p < 0,01$.

Hay que ser cautos con estos datos de comparación entre hombres y mujeres ya que el número de mujeres de la muestra es muy pequeño ($n=10$), por lo que es posible que haya diferencias entre ambos grupos que no podemos detectar por el pequeño número de mujeres de la muestra.

2.- ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

En función de los resultados obtenidos con el COPE, las estrategias de afrontamiento más frecuentes ante el cáncer de pulmón en estos pacientes, han sido las siguientes por el orden que se muestra a continuación:

- 1) Aceptación
- 2) Búsqueda de crecimiento personal
- 3) Búsqueda de apoyo social
- 4) Religión
- 5) Planificación y afrontamiento
- 6) Reinterpretación positiva.

En la Tabla 2.1 se pueden ver las medias y desviaciones típicas de las diferentes estrategias de afrontamiento. Las puntuaciones tienen un rango de 1 a 4. El 1 muestra respuestas en las que no se usó esa estrategia en absoluto, el 2 respuestas en las que se usó un poco, el 3 respuestas las que se usó bastante y el 4 respuestas en las que se usó mucho.

TABLA 2.1: Medias y desviaciones típicas de las estrategias de afrontamiento.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Media	Desv. Típica
Aceptación	3	,76
Crecimiento personal	2,7	,82
Apoyo Social	2,61	,67
Religión	2,45	1,06
Planificación y afrontamiento	2,44	,67
Reinterpretación positiva	2,4	,81
Concentrarse en esfuerzos para solucionar la situación	2,2	,59
Centrarse en las emociones y desahogarse	2,12	,68
Actividades distractoras	2,05	,69
Refrenar el afrontamiento	1,9	,60
Evadirse	1,8	,57
Negación	1,59	,48
Abandono de esfuerzos de afrontamiento	1,52	,54
Humor	1,45	,70
Alcohol y drogas	1,09	,34

2.1.- Comparación con población general

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las estrategias de afrontamiento que han utilizado los pacientes participantes en el presente estudio ante el cáncer de pulmón y las utilizadas por la población general española ante situaciones estresantes en general (datos de Crespo y Cruzado, 1997).

Los pacientes participantes de la muestra, utilizaron más una serie de estrategias de afrontamiento que la población general ante situaciones estresantes, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en:

- **Aceptación** ($p < 0,01$).
- **Religión** ($p < 0,01$).

Estos pacientes utilizaron menos otras estrategias de afrontamiento que las que suele utilizar la población general ante situaciones estresantes, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en:

- **Crecimiento personal** ($p < 0,05$).
- **Planificación y afrontamiento** ($p = 0,01$).
- **Reinterpretación positiva** ($p < 0,01$).
- **Esfuerzos para solucionar la situación** ($p < 0,01$).
- **Centrarse en las emociones y desahogarse** ($p < 0,01$).
- **Refrenar el afrontamiento** ($p < 0,01$).
- **Humor** ($p < 0,01$).

Los datos correspondientes a las medias y desviaciones típicas de los pacientes de la muestra y de población general se pueden ver en la Tabla 2.2. En el Gráfico 2.1 se muestra la comparación de medias entre participantes en el estudio y la población general.

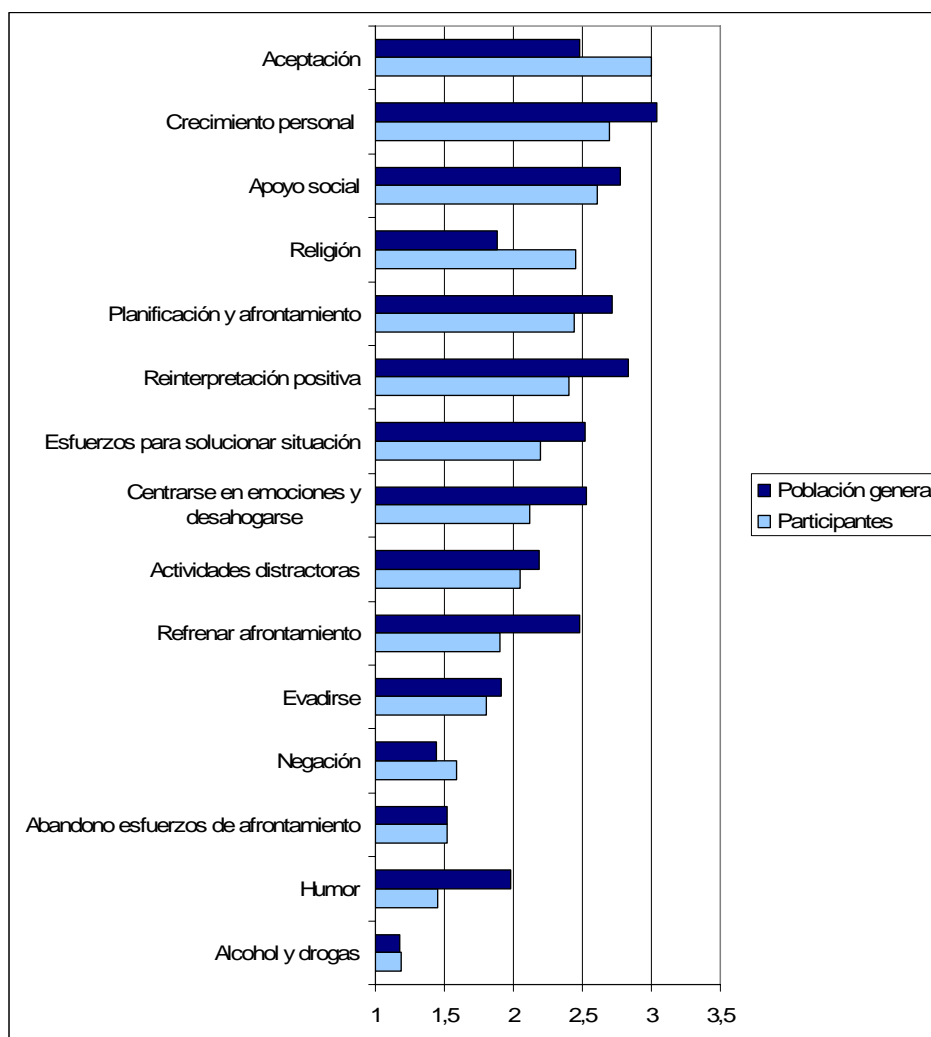
TABLA 2.2: Comparación entre medias y desviaciones típicas de estrategias de afrontamiento de participantes en el estudio y población general.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Pacientes participantes		Población general	
	M	DT	M	DT
Aceptación**	3	,76	2,48	,57
Crecimiento personal*	2,7	,82	3,04	,59
Apoyo social	2,61	,67	2,77	,64
Religión**	2,45	1,06	1,88	1,88
Planificación y afrontamiento**	2,44	,67	2,72	,64
Reinterpretación positiva**	2,4	,81	2,83	,54
Esfuerzos para solucionar la situación**	2,2	,59	2,52	,51
Centrarse en las emociones y desahogarse**	2,12	,68	2,53	,63
Actividades distractoras	2,05	,69	2,19	,55
Refrenar el afrontamiento**	1,9	,60	2,48	0,51
Evadirse	1,8	,57	1,91	,56
Negación	1,59	,48	1,44	,46
Abandono de esfuerzos de afrontamiento	1,52	,54	1,52	,54
Humor**	1,45	,70	1,98	,75
Alcohol y drogas	1,19	,34	1,18	,43

* La diferencia es significativa con una $p < 0,05$

** La diferencia es significativas con una $p < 0,01$

GRÁFICO 2.1: Comparación de medias de estrategias de afrontamiento entre participantes en el estudio y la población general.



2.2.- Comparación entre hombres y mujeres

Al comparar hombres y mujeres, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en algunas de las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Los hombres, utilizaron más que las mujeres en algunas de las estrategias de afrontamiento, pero dichas diferencias no son estadísticamente significativas.

Las mujeres utilizaron más que los hombres algunas estrategias de afrontamiento. Las diferencias son estadísticamente significativas en: **Aceptación** ($p < 0,01$), **Crecimiento personal** ($p < 0,01$), búsqueda de **Apoyo social** ($p < 0,01$), **Planificación y afrontamiento**

($p < 0,01$), **Reinterpretación positiva** ($p < 0,01$), **Concentrarse en esfuerzos para solucionar la situación** ($p < 0,01$), **Refrenar el afrontamiento** ($p < 0,05$), **Evadirse** ($p < 0,01$) y **Humor** ($p < 0,01$).

Los valores de las medias y desviaciones típicas obtenidas en hombres y mujeres en estrategias de afrontamiento se muestran en la Tabla 2.3. La comparación entre medias de hombres y mujeres se muestra en el Gráfico 2.2.

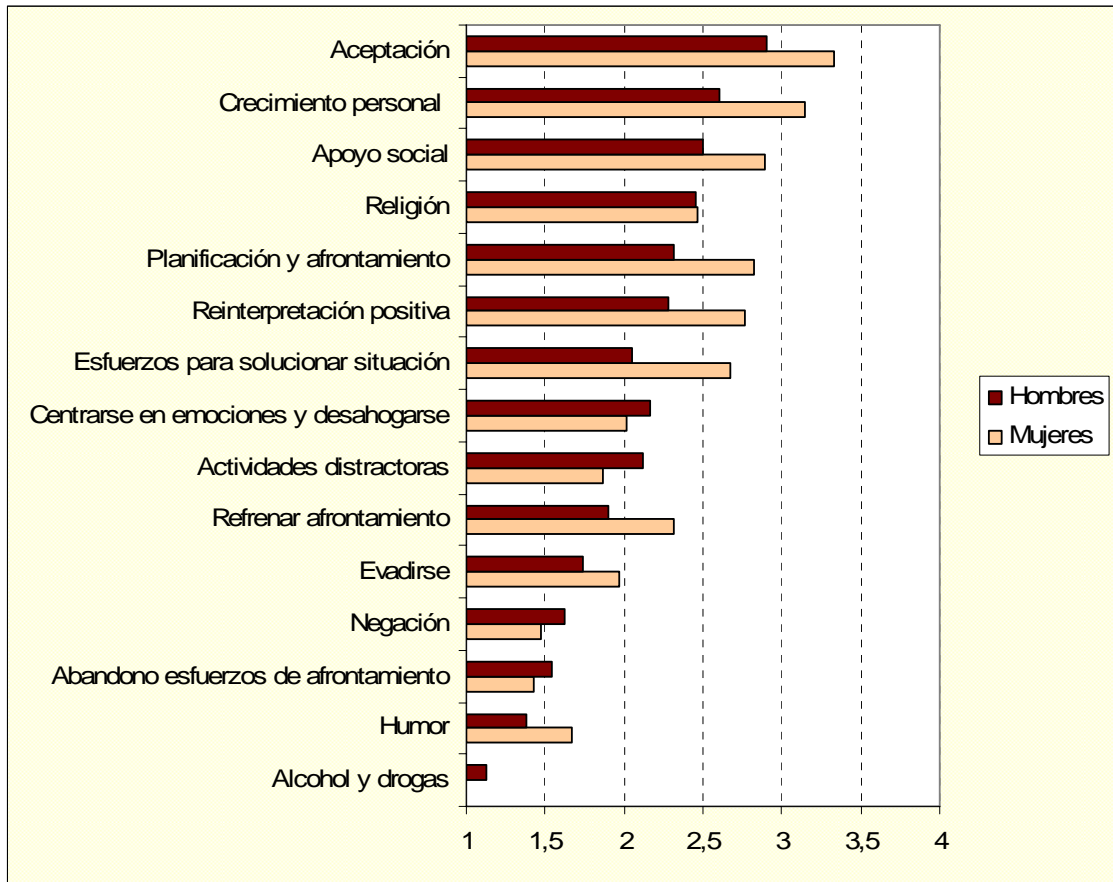
TABLA 2.3: Comparación de medias y desviaciones típicas de los valores de las estrategias de afrontamiento de hombres y mujeres.

Comparación de afrontamiento entre hombres y mujeres	Hombres		Mujeres	
	Media	DT	Media	DT
Aceptación **	2,90	,76	3,33	,74
Crecimiento personal **	2,56	,74	3,2	,94
Apoyo Social **	2,52	,59	2,9	,86
Religión	2,45	1,02	2,48	1,23
Planificación y afrontamiento **	2,32	,62	2,82	,70
Reinterpretación positiva **	2,30	,79	2,77	,80
Concentrarse en esfuerzos para solucionar la situación **	2,05	,54	2,68	,50
Centrarse en las emociones y desahogarse	2,16	,75	2,03	,40
Actividades distractoras	2,11	,75	1,87	,48
Refrenar el afrontamiento *	1,90	,60	2,33	,51
Evadirse **	1,74	,58	1,97	,51
Negación	1,63	,51	1,48	,38
Abandono de esfuerzos de afrontamiento	1,54	,57	1,43	,42
Humor **	1,38	,55	1,68	1,05
Alcohol y drogas	1,13	,39	1,00	,0

* La diferencia es significativa con una $p < 0,05$

** La diferencia es significativa con una $p < 0,01$

GRÁFICO 2.2: Comparación de medias de las estrategias de afrontamiento de hombres y mujeres.



2.3.- Relación entre diferentes estrategias de afrontamiento

Se han hallado asociaciones estadísticamente significativas, mediante la correlación de Pearson, entre diferentes estrategias de afrontamiento tal y como se muestra a continuación:

Las correlaciones más fuertes halladas entre las estrategias de afrontamiento son las siguientes (ver Anexo IX):

- Aceptación con: Planificación y afrontamiento ($r=,448$, $p<0,01$) y Crecimiento personal ($r=,443$, $p<0,01$).

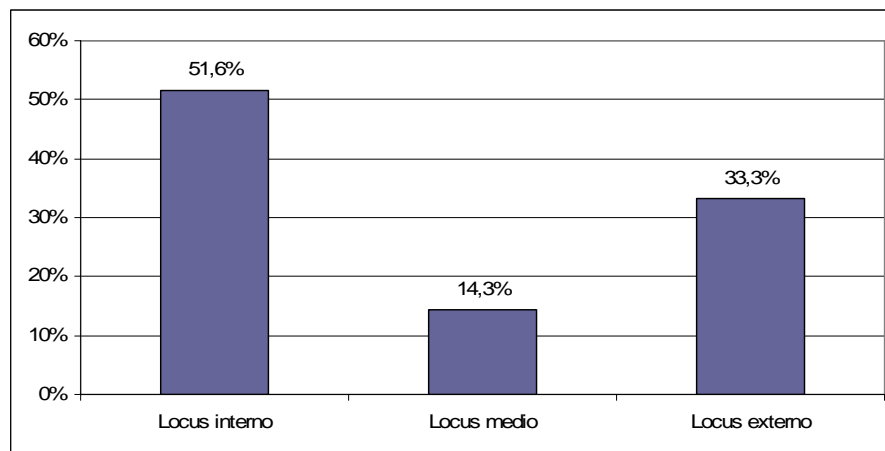
- Apoyo social con: Planificación y afrontamiento ($r=,582$, $p<0,01$), Concentrarse en esfuerzos para solucionar la situación ($r= ,429$, $p<0,01$), Crecimiento personal ($r= ,449$, $p<0,01$).
- Planificación y afrontamiento con: Concentrarse en esfuerzos para solucionar la situación ($r=,436$, $p<0,01$).
- Reinterpretación positiva con: Refrenar el afrontamiento ($r=,666$, $p<0,01$), Crecimiento personal ($r=,519$, $p<0,01$), Evadirse ($r=,487$, $p<0,01$) y Concentrarse en esfuerzos para solucionar la situación ($r=,404$, $p<0,01$).
- Refrenar el afrontamiento con: Evadirse ($r=,481$, $p<0,01$), Concentrarse en esfuerzos por solucionar la situación ($r=,471$, $p<0,01$) y Crecimiento personal ($r=,422$, $p<0,01$).
- Humor y Concentrarse en esfuerzos para solucionar la situación ($r=,404$, $p<0,01$).
- Abandono de esfuerzos de afrontamiento con Negación ($r=,421$, $p<0,01$) y Centrarse en las emociones y desahogarse ($r=,408$, $p<0,01$).

3.- LOCUS DE CONTROL

Los datos correspondientes al Locus de control se han obtenido con la Escala I-E de Rotter (1966). Se ha obtenido una puntuación media de 11,29 con una desviación típica de 3,16. Un 51,6% de los pacientes de la muestra tienen un Locus de control interno (puntuación entre 1 y 11), un 14,3% un Locus de control medio (puntuación = 12) y un 33,3% un Locus de control externo (puntuación entre 13 y 23). Podemos observar que hay un mayor número de pacientes con Locus de control interno que medio o externo.

En el Gráfico 3.1 pueden verse los porcentajes correspondientes a cada uno de los tres tipos de Locus de control en la muestra.

GRÁFICO 3.1: Porcentajes de pacientes con cada uno de los tres tipos de Locus de control.



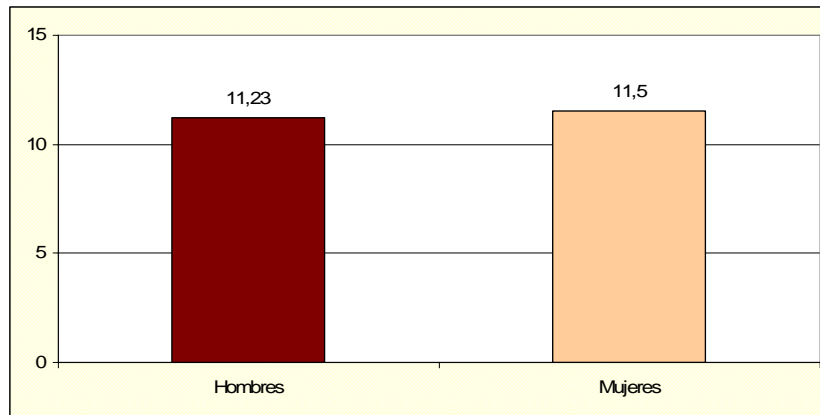
3.1.- Comparación con población general

La media obtenida en el presente estudio (11,26) es similar a la obtenida en población española (11,6) (Pérez, 1984) y por lo tanto no hay diferencias significativas entre ambos valores.

3.2.- Comparación entre hombres y mujeres

Si comparamos los datos obtenidos en hombres y mujeres de la muestra obtenemos medias muy similares tal y como podemos ver en el Gráfico 3.2.

GRÁFICO 3.2: Comparación de medias de Locus de control de hombres y mujeres.



Dentro del grupo de las mujeres, el 50% de ellas tienen puntuaciones de Locus de control interno y el 50% de Locus de control medio (ver Gráfico 3.4). En el grupo de los hombres un 51,6% tienen Locus de control interno, un 29% tienen Locus de control medio y un 19,4% tienen un Locus de control externo (ver Gráfico 3.5). Por lo tanto, todas las personas de la muestra que tienen un Locus de control externo son varones.

GRÁFICO 3.3: Porcentajes de mujeres de cada uno de los tres tipos de Locus de control.

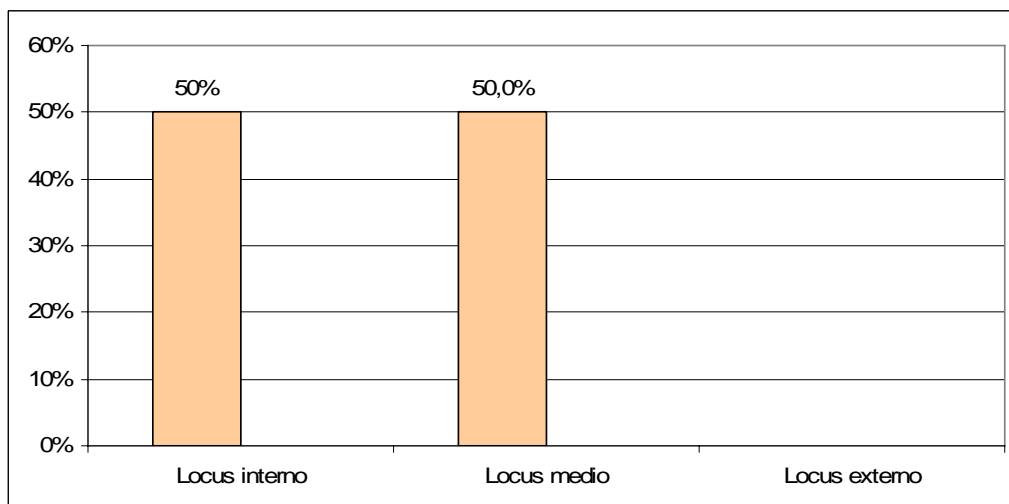
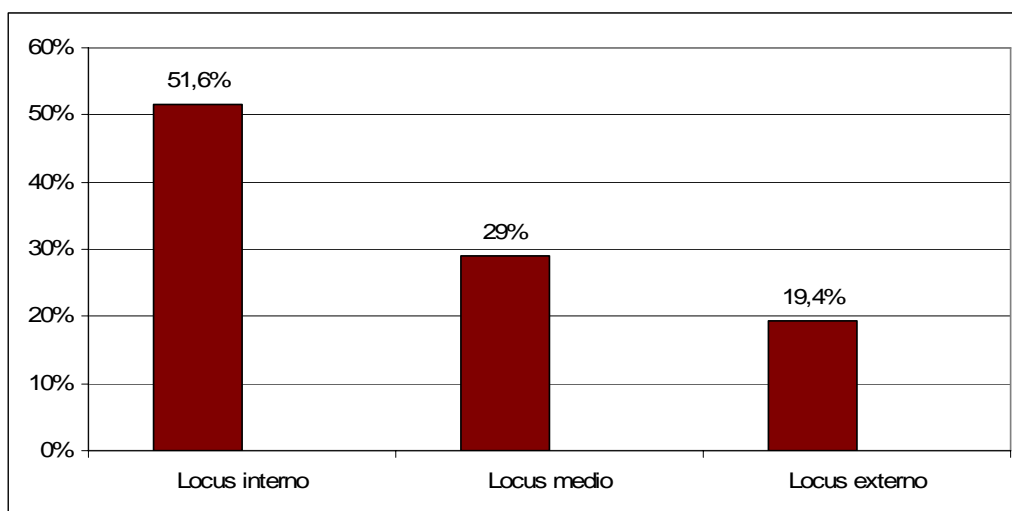


GRÁFICO 3.4: Porcentajes de hombres de cada uno de los tres tipos de Locus de control.



4.- SENTIDO DE LA VIDA

Las puntuaciones sobre el grado de percepción del sentido de la vida se han obtenido con el test PIL de Crumbaugh y Maholick (1968, 1969). Las puntuaciones más altas equivalen a una percepción de mayor sentido o propósito de la vida.

La media obtenida en este estudio para los valores obtenidos con el PIL fue de 91,5. Este valor es semejante al obtenido en población clínica, con alteraciones psicopatológicas. En dicha población la media es de 90 (según los datos aportados por Noblejas, 1994). La media que se ha obtenido con el mismo test en población general española es de 104,8 (según los datos aportados por Noblejas, 1994). Las diferencias de medias entre los pacientes de la muestra y la población general son estadísticamente significativas con una $p < 0,0001$.

En la Tabla 4.1 se muestran los valores de las medias y desviaciones típicas obtenidos en el presente estudio, en población clínica y en población general.

TABLA 4.1: Valores de las medias y desviaciones típicas del PIL en la muestra, población clínica y población general.

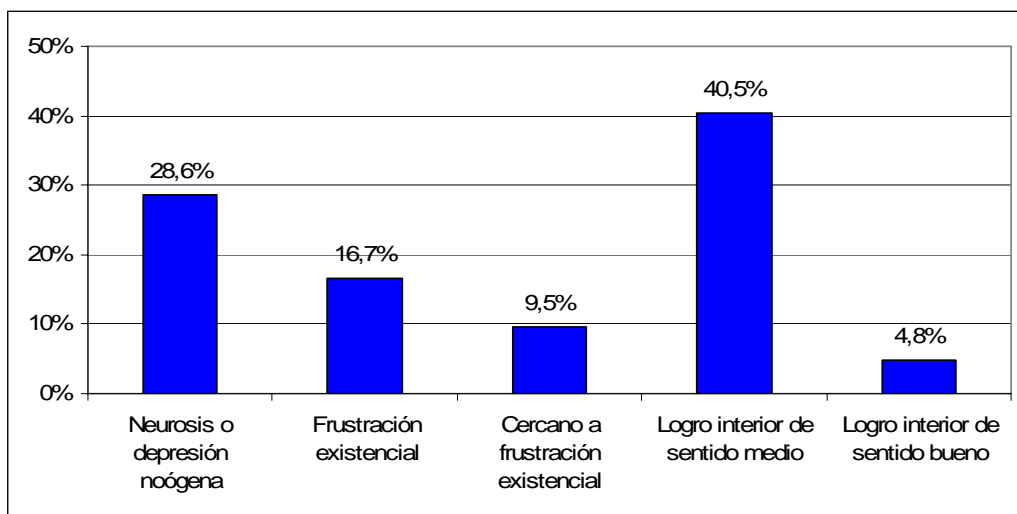
PIL	Media	Desviación típica
Pacientes muestra	91,5	23,49
Población clínica	90	19,68
Población normal	104,8	16,09

Las puntuaciones del PIL se han dividido en cinco rangos según han establecido trabajos previos (Noblejas, 1994) que generan la subdivisión de la muestra en cinco grupos en función de la puntuación establecida. Los grupos referidos y los porcentajes de pacientes que pertenecen a cada uno de ellos se muestran a continuación:

- Logro interior de sentido muy malo o *neurosis o depresión noógena* (puntuación:0-84): 28,6%
- Logro interior de sentido malo o *frustración existencial* (puntuación: 85-93): 16,7%
- Logro interior de sentido cercano a la *frustración existencial* (puntuación: 94-96): 9,5%
- Logro interior de sentido medio (puntuación: 97-115): 40,5%
- Logro interior de sentido bueno (puntuación: 116-140): 4,8%

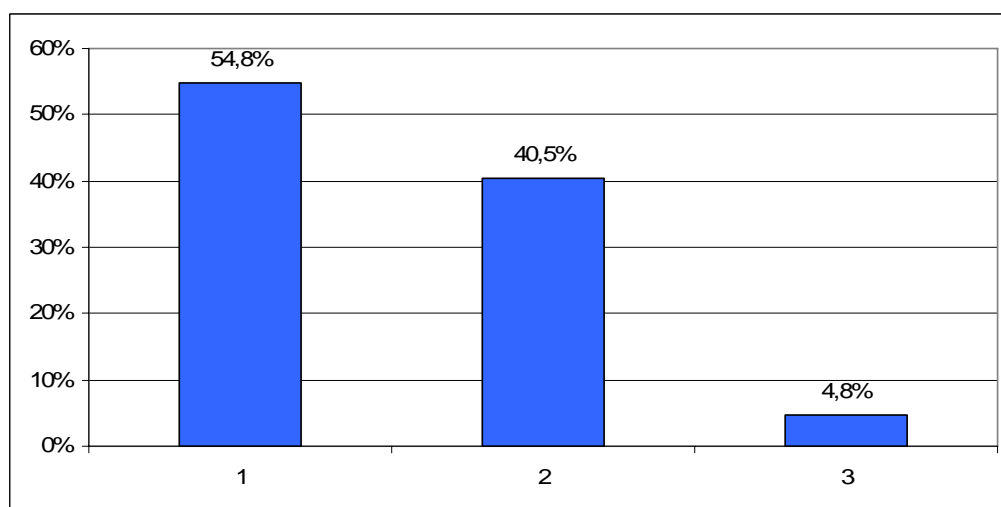
Se puede ver el porcentaje correspondiente a cada uno de los rangos de puntuación del PIL en el Gráfico 4.1.

GRÁFICO 4.1 Porcentaje de pacientes en cada uno de los cinco grupos establecidos por rangos de puntuación del PIL.



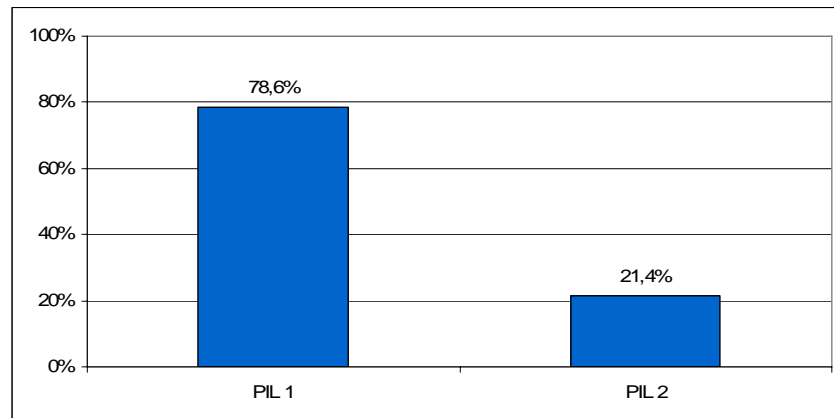
Los tres primeros grupos se pueden considerar como los que tienen un peor sentido y se pueden por ello unir en un mismo grupo. Si hacemos esto podemos obtener tres grupos, el primero con un “sentido malo” (54,8% de los pacientes), el segundo con un “sentido medio” (40,5% de los pacientes) y el tercero con un “sentido bueno” (4,8% de los pacientes). Esta subdivisión en tres grupos se puede ver en el Gráfico 4.2. Podemos ver que hay un elevado porcentaje de pacientes con un “sentido malo”.

GRÁFICO 4.2 Porcentaje de pacientes en cada uno de los tres grupos establecidos por rangos de puntuación del PIL.



Otra opción es hacer dos grupos, en función de número de pacientes que están por debajo (PIL 1) y por encima de la media (PIL 2) de población general española (104,8). Podemos observar en el Gráfico 4.3 que un 78,6% estarían en valores por debajo de la media de la población general española y un 21,4% estarían en valores por encima de la media de la población general española. Por lo tanto, la mayoría de los pacientes de la muestra tienen valores en el test PIL por debajo de la media de la población general española.

GRÁFICO 4.3 Porcentaje de pacientes por debajo y por encima de la media de población general española.



Con respecto al género se obtienen diferencias entre las medias obtenidas en hombres, con un valor de 90,6 con una desviación típica de 26,22; y las medias obtenidas en mujeres con un valor de 94,20 con una desviación típica de 11,45. No hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

5.- SENTIDO DEL SUFRIMIENTO

Los datos referentes a esta variable se han obtenido mediante preguntas que forman parte del inventario de preguntas de elaboración propia sobre “Afrontamiento, Sentido y Religiosidad”. Aparte de preguntas referidas al sentido del sufrimiento, se han hecho preguntas que han tratado de buscar relación entre el sentido del sufrimiento y otras variables que pudieran tener alguna relación con el mismo.

Para aumentar la claridad de los resultados se han agrupado las cinco posibles respuestas de cada pregunta en tres grupos:

1) Grupo 1: Respuestas a: totalmente de acuerdo y b: parcialmente de acuerdo. Se pueden considerar como una respuesta de acuerdo con el enunciado.

2) Grupo 2: Respuesta c: ni de acuerdo ni en desacuerdo. Posición intermedia.

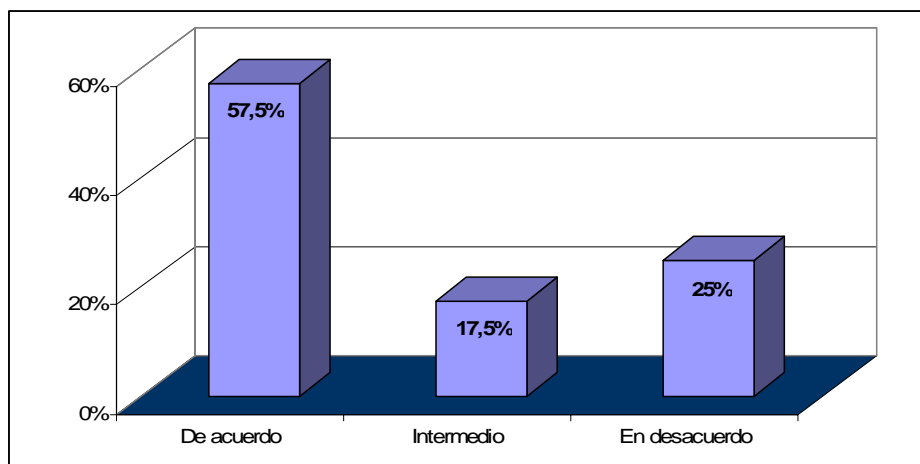
3) Grupo 3: Respuestas d: parcialmente en desacuerdo y e: totalmente en desacuerdo. Se pueden considerar como una respuesta en desacuerdo con el enunciado.

Los resultados obtenidos con dichas preguntas se muestran a continuación:

PREGUNTA 16: “El sufrimiento no tiene ningún sentido”.

Un 57,5% de los pacientes están de acuerdo con que el sufrimiento no tiene ningún sentido, un 17,5% se mantienen en una posición intermedia y un 25% están en desacuerdo con esta idea (Ver gráfico 5.1).

**GRÁFICO 5.1: Porcentajes obtenidos en la pregunta:
“El sufrimiento no tiene ningún sentido”**



La mayoría de los pacientes de la muestra no encuentran sentido al sufrimiento, ¿podrían estos datos tener que ver con sufrir más alteraciones psicopatológicas como

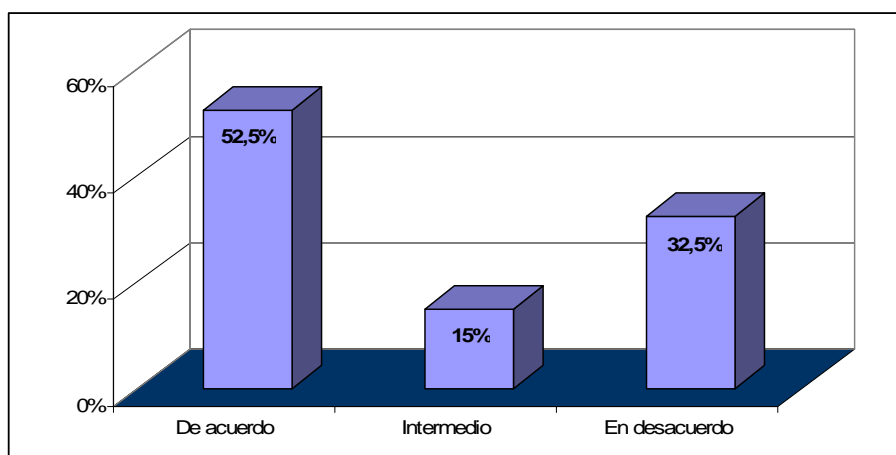
consecuencia de la enfermedad? Ya hemos visto en la revisión teórica que parte de la adaptación a situaciones estresantes se relaciona

con hallarle un sentido al sufrimiento y por lo tanto, podríamos pensar que es posible que el no hallarle ningún sentido al sufrimiento repercuta en la reacción psíquica ante la enfermedad. Veremos en el análisis estadístico que hay alguna relación entre la falta percepción del sentido del sufrimiento y la depresión medida con el HAD.

PREGUNTA 17: “Encontrar un sentido al sufrimiento me hace poder soportar mejor mi situación de enfermedad”.

Un 52,5% de los pacientes están de acuerdo con que el encontrar un sentido al sufrimiento les hace poder soportar mejor su situación de enfermedad, un 15% se mantienen en una posición intermedia y un 32,5% están en desacuerdo (ver Gráfico 5.2).

GRÁFICO 5.2: Porcentajes obtenidos en la pregunta: “Encontrar un sentido al sufrimiento me hace poder soportar mejor mi situación de enfermedad”

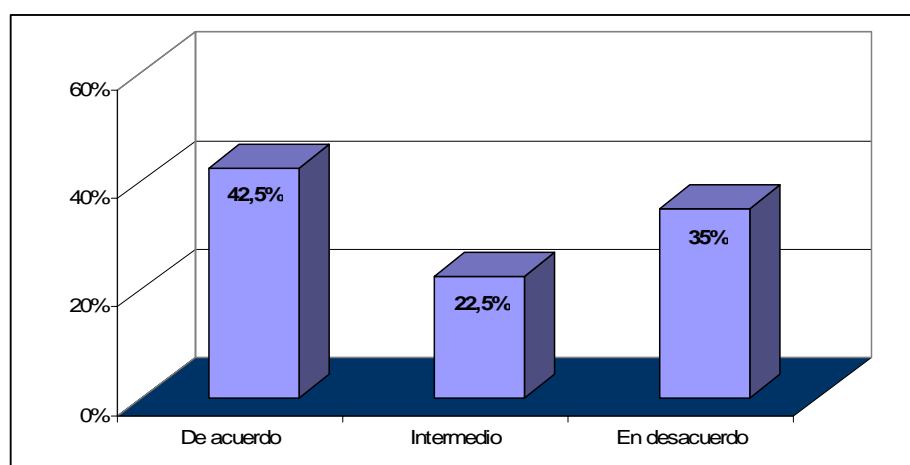


De esta pregunta podríamos llegar a similares conclusiones que en la pregunta anterior, pero en este caso no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de respuesta y alteraciones psicopatológicas.

PREGUNTA 18: “El tener fe me hace hallar un sentido al sufrimiento”.

Un 42,5% de los pacientes están de acuerdo con que la fe les ayuda a encontrar un sentido al sufrimiento, un 15% se mantienen en una posición intermedia y un 35% se manifiestan en desacuerdo (ver Gráfico 5.3).

**GRÁFICO 5.3: Porcentajes obtenidos en la pregunta:
“El tener fe me hace hallar un sentido al sufrimiento”**

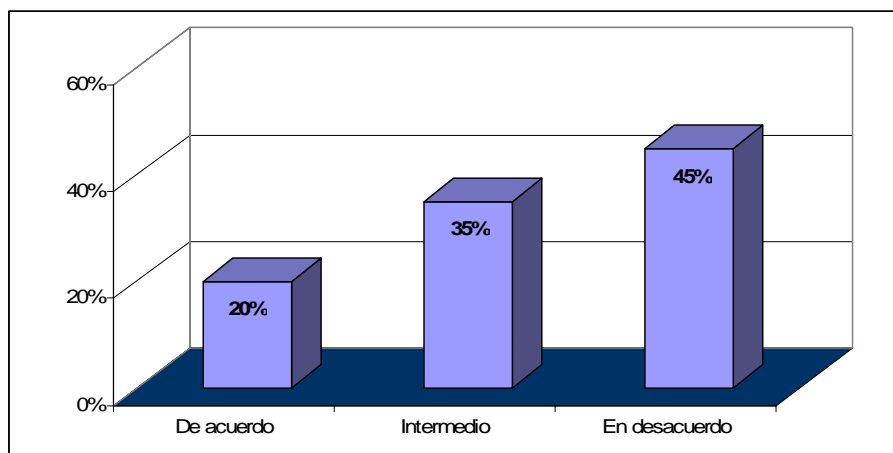


En esta pregunta buscábamos si había alguna relación entre creencias religiosas y sentido del sufrimiento, pero parece que no hay una relación clara entre ambos aspectos, según los pacientes de la muestra.

PREGUNTA 20: “El sentido que doy a mi vida, da sentido al sufrimiento”.

Un 20% de los pacientes están de acuerdo con que el sentido que dan a su vida da sentido al sufrimiento, un 35% se mantienen en una posición intermedia y un 45% están en desacuerdo con esta idea (ver Gráfico 5.4).

**GRÁFICO 5.4: Porcentajes obtenidos en la pregunta:
“El sentido que doy a mi vida, da sentido al sufrimiento”**

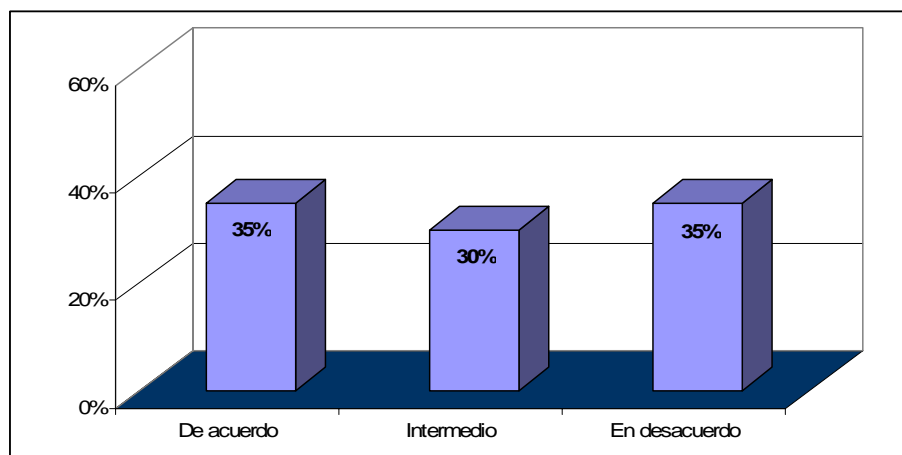


Parece que no hay una relación clara entre la influencia del sentido que se da a la vida en el sentido que se da al sufrimiento, según los pacientes de la muestra. Incluso podríamos decir que hay más respuestas que se inclinan a no hallar relación entre ambos aspectos que a no hallar dicha relación.

PREGUNTA 21: “El hallarle sentido al sufrimiento da más sentido a mi vida”.

En esta pregunta casi se igualan las respuestas de los tres grupos. Un 35% de los pacientes están de acuerdo con que el hallar el sentido al sufrimiento da más sentido a sus vidas, un 30% se mantienen en una posición intermedia y un 35% no están de acuerdo con esta idea (ver Gráfico 5.5).

**GRÁFICO 5.5 Porcentajes obtenidos en la pregunta:
“El hallarle sentido al sufrimiento da más sentido a mi vida”**



Parece que hay más personas que ven la influencia de hallar sentido al sufrimiento en el sentido de la vida que los que ven la relación inversa. ¿Pueden estos datos hacernos suponer que si se encuentra un sentido al sufrimiento es más posible encontrar un sentido a la vida? Si es así, las situaciones de sufrimiento que atraviesan las personas podrían ser oportunidades, si se les encuentra sentido, de encontrar un mayor sentido a la vida.

6.- CREENCIAS DE TIPO RELIGIOSO

Los datos referentes a las creencias de tipo religioso se han obtenido con el Inventario de Sistemas de Creencias (SBI) de Holland y colaboradores (1998). En la muestra del presente estudio se obtiene una media de 22,46 en la puntuación total de la escala, de 16,85 en la subescala de Creencias y prácticas y de 5,10 en la subescala de Soporte social.

No hay valores de referencia en población española, por lo que los comparamos con los datos obtenidos en población general norteamericana (Holland, 1998), en esta población se ha obtenido una media de 24,1 en la puntuación total de la escala, de 18,1 en la subescala de Creencias y prácticas y de 5,98 en la subescala de Soporte social. En la Tabla 5.1 se muestran las medias y desviaciones típicas de la muestra y de la población general de Estados Unidos.

TABLA 6.1: Comparación entre medias y desviaciones típicas de las puntuaciones del SBI en la muestra y población general estadounidense.

SBI	Muestra		Población general norteamericana	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
Total	22,46	13,793	24,1	11,95
Creencias y prácticas	16,85	9,33	18,3	8,53
Soporte social	5,10	4,65	5,98	4,48

No se encuentran diferencias significativas entre los datos obtenidos en estos pacientes y población general americana. Pero tenemos que analizar estos datos con precaución pues no sabemos si los índices de religiosidad son diferentes en Estados Unidos y en España.

Tampoco se encuentran diferencias significativas entre los valores obtenidos en hombres y mujeres.

Por otra parte no se encuentran asociaciones estadísticamente significativas entre el nivel de práctica religiosa y las puntuaciones del SBI.

7.- OTRAS VARIABLES

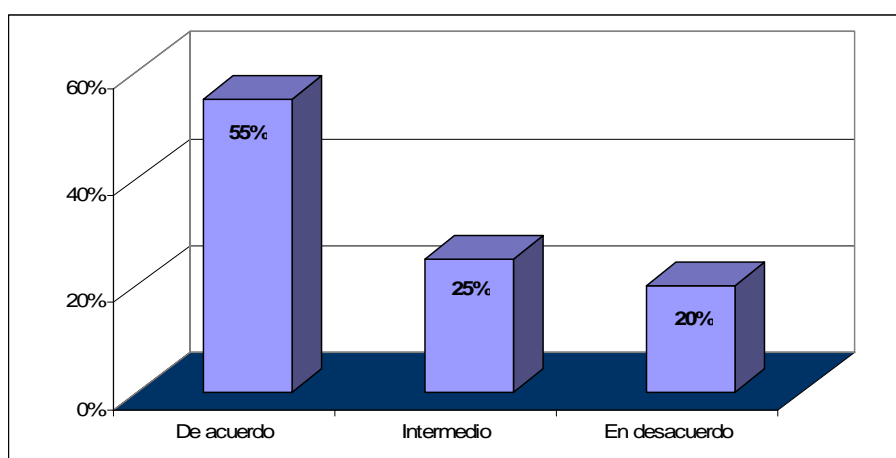
Otros datos relacionados con las relaciones entre Afrontamiento, Sentido, Religiosidad y Sentido del sufrimiento se han obtenido en el inventario, de elaboración propia, de preguntas sobre Afrontamiento, Sentido y Religiosidad. Para aumentar la claridad de los resultados se han agrupado las cinco posibles respuestas de cada pregunta en los tres grupos referidos en el apartado 5 de este capítulo.

A continuación se muestran los resultados de las preguntas del inventario relacionadas con este tema. Se ha omitido alguna pregunta que resultaba repetitiva.

PREGUNTA 1: “Enfrentarme a esta enfermedad ha dotado de más sentido a mi vida”.

Un 55% de los pacientes están de acuerdo con que el enfrentarse a la enfermedad que padecen ha dotado de más sentido a sus vidas, frente a un 20% que no están de acuerdo con esta idea (ver Gráfico 7.1) y un 25% que se mantienen en un punto intermedio.

**GRÁFICO 7.1: Porcentajes obtenidos en la pregunta:
“Enfrentarme a esta enfermedad ha dotado de más sentido a mi vida”**

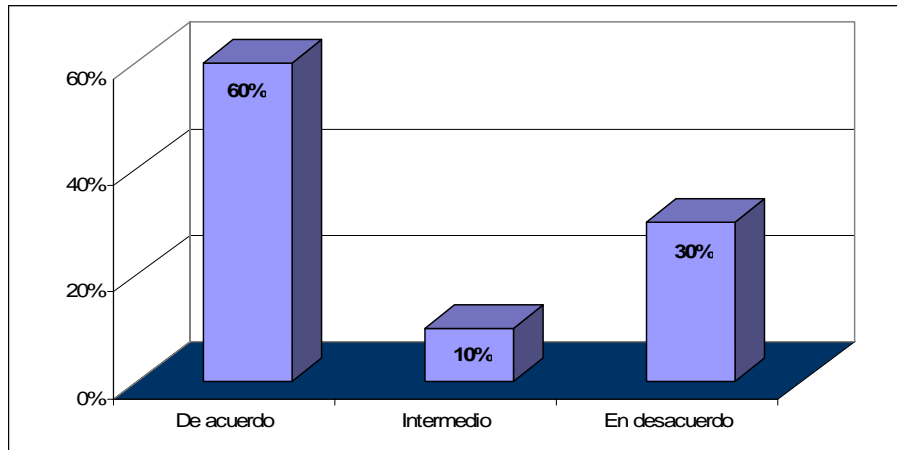


Llama la atención que, teniendo puntuaciones tan bajas en el test PIL, que están por debajo de las de la población general, los pacientes de la muestra manifiesten que la enfermedad ha dotado de más sentido a sus vidas. ¿Están queriendo decir que antes su vida tenía aún menos sentido? ¿O que ahora son más conscientes de ese aspecto en sus vidas? ¿O puede esto querer decir que tenemos un grupo de personas que antes de su enfermedad encontraban muy poco sentido a sus vidas y después de la misma encuentran más sentido a la misma?

PREGUNTA 3: “La práctica religiosa me ayuda a sobrellevar mi enfermedad”.

Un 60% de los pacientes están de acuerdo con que la práctica religiosa les ayuda a sobrellevar su enfermedad, frente a un 30% que no les ayuda; un 10% se mantienen en una posición intermedia (ver Gráfico 7.2).

**GRÁFICO 7.2: Porcentajes obtenidos en la pregunta:
“La práctica religiosa me ayuda a sobrellevar mi enfermedad”**

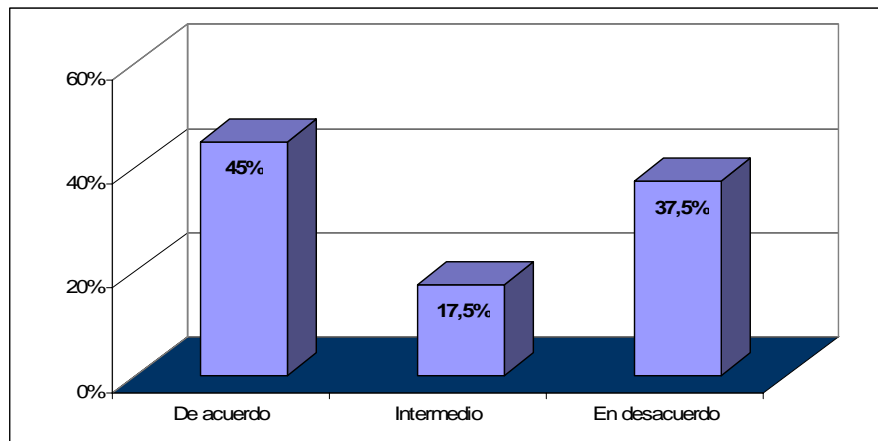


Esto nos haría suponer que la práctica religiosa ayuda a soportar mejor la situación de enfermedad a muchos pacientes y por lo tanto tendría que hallarse una relación entre el nivel de práctica religiosa y menores repercusiones psíquicas de la enfermedad. Veremos más adelante que no se halla dicha relación con el análisis estadístico.

PREGUNTA 5: “La práctica religiosa influye en el sentido que tiene mi vida”.

Un 45% de los pacientes están de acuerdo con que la práctica religiosa tiene que ver con el sentido que dan a sus vidas, frente a un 37,5% que no les ayuda. Un 17,5% se mantienen en una posición intermedia (ver Gráfico 7.3).

**GRÁFICO 7.3: Porcentajes obtenidos en la pregunta:
“La práctica religiosa influye en el sentido que tiene mi vida”**



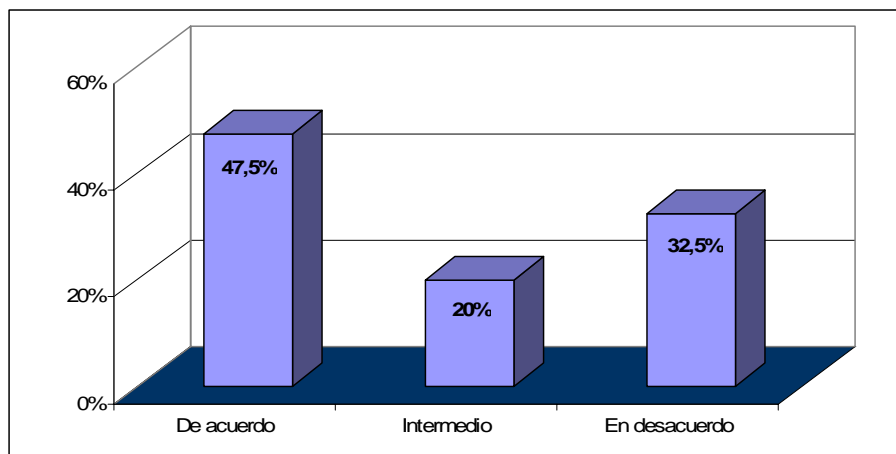
Aquí podemos ver que no hay una clara definición de la respuesta en una dirección determinada pues para unas personas dicha práctica se asocia al sentido que le dan a sus vidas y para otras no existe dicha relación. Por lo tanto podemos esperar en el análisis estadístico que no halla relación entre percepción del sentido de la vida y nivel de práctica religiosa, algo podremos corroborar más adelante en el análisis de relaciones entre dichas variables.

PREGUNTA 7: “El sentido que tiene mi vida no está relacionado con la forma de vivir mi enfermedad”.

Un 47,5% de los pacientes están de acuerdo con que no existe relación entre el sentido de su vida y la forma de vivir su enfermedad, un 32,5% están en desacuerdo con esta idea y un 20% se mantienen en una posición intermedia (ver Gráfico 7.4).

GRÁFICO 7.4: Porcentajes obtenidos en la pregunta:

“El sentido que tiene mi vida no está relacionado con la forma de vivir mi enfermedad”

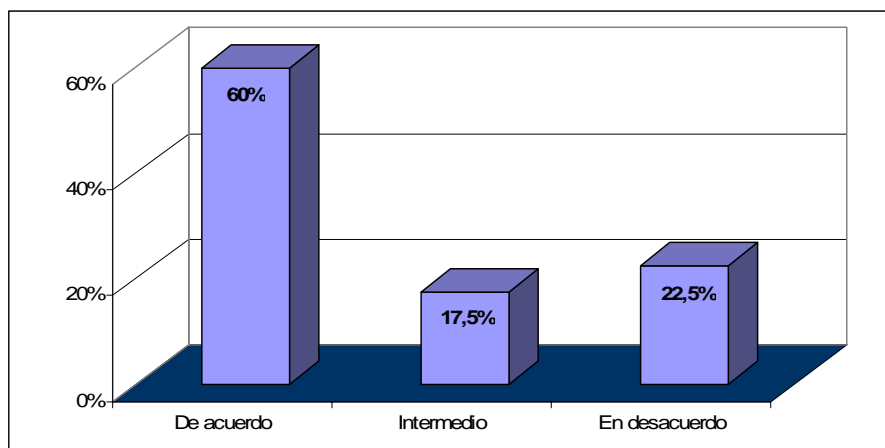


En esta pregunta vemos que muchos pacientes no ven relación entre el sentido de sus vidas y la forma de vivir su enfermedad. Estos datos nos podrían hacer pensar que no vamos a encontrar relación en el análisis estadístico entre el sentido de la vida y las estrategias de afrontamiento de la enfermedad. Veremos que dicha relación no se da con la mayoría de las estrategias de afrontamiento, pero sí se da con algunas de ellas.

PREGUNTA 8: “Mi enfermedad me ha hecho pensar más en Dios”.

Un 60% de los pacientes están de acuerdo con que la enfermedad les ha hecho pensar más en Dios, frente a un 22,5% que no están de acuerdo y un 17,5% que se mantienen en una posición intermedia (ver Gráfico 7.5).

**GRÁFICO 7.5: Porcentajes obtenidos en la pregunta:
“Mi enfermedad me ha hecho pensar más en Dios”**

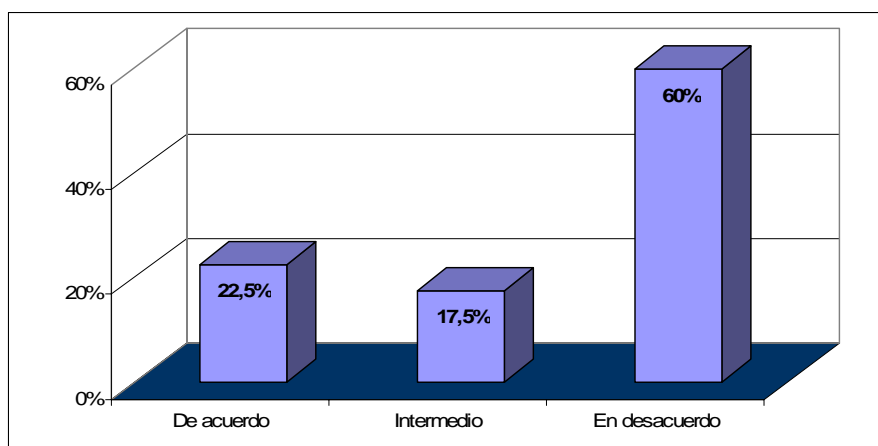


Aquí podemos plantearnos preguntas como si es posible que la enfermedad haga que las personas piensen más en temas relacionados con la religión.

PREGUNTA 9: “El padecer esta enfermedad me ha hecho pensar que la vida no tiene sentido”.

Un 60% no están de acuerdo con que padecer su enfermedad les haya hecho pensar que la vida no tiene sentido, un 22,5% están de acuerdo con esta idea y un 17,5% se mantienen en un punto intermedio (ver Gráfico 7.6).

**GRÁFICO 7.6: Porcentajes obtenidos en la pregunta:
“El padecer esta enfermedad me ha hecho pensar que la vida no tiene sentido”**

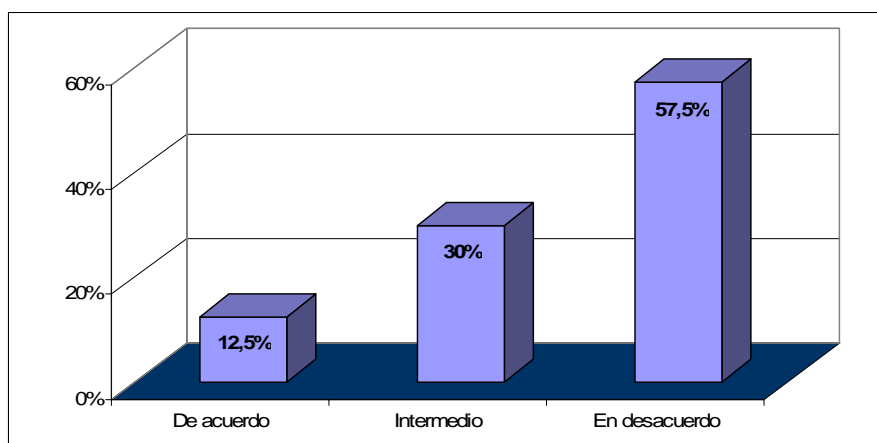


Esta respuesta es coherente con los datos obtenidos en la pregunta “Enfrentarme a esta enfermedad ha dotado de más sentido a mi vida”. Y por lo tanto, las reflexiones planteadas serían las mismas.

PREGUNTA 10: “Desde que estoy enfermo/a, tengo menos fe en Dios”.

Un 57% de los pacientes no están de acuerdo con la idea de tener menos fe en Dios desde que están enfermos, un 30% se mantienen en una posición intermedia y un 12,5% están de acuerdo (ver Gráfico 7.7).

**GRÁFICO 7.7: Porcentajes obtenidos en la pregunta:
“Desde que estoy enfermo/a, tengo menos fe en Dios”**



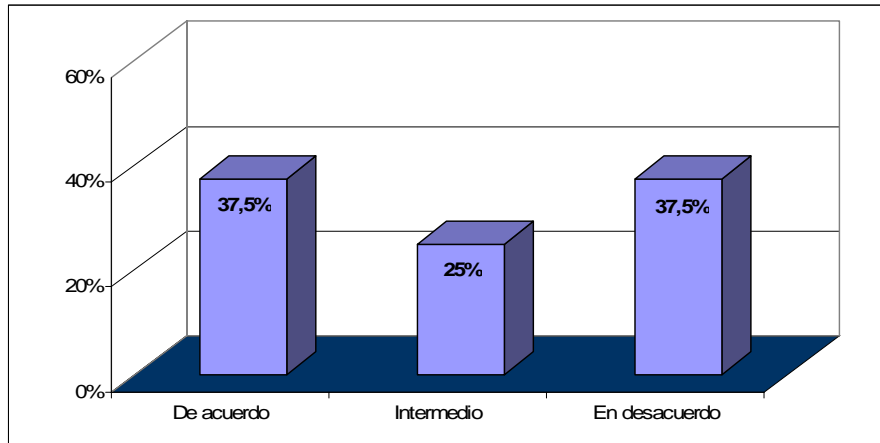
Estos datos son congruentes con los resultados obtenidos en la pregunta “Mi enfermedad me ha hecho pensar más en Dios”, por lo que las reflexiones al respecto serían las mismas.

PREGUNTA 11: “Desde que tengo esta enfermedad he aumentado mi práctica religiosa”.

Un 37,5% de los pacientes están de acuerdo con que han aumentado su práctica religiosa desde que están enfermos, un 37,5% están en desacuerdo y un 25% se mantienen en un punto intermedio (ver Gráfico 7.8).

GRÁFICO 7.8: Porcentajes obtenidos en la pregunta:

“Desde que tengo esta enfermedad he aumentado mi práctica religiosa”

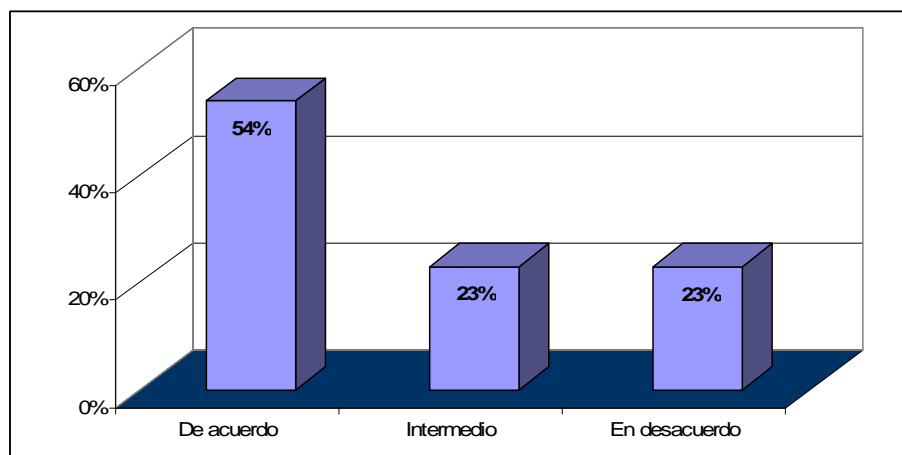


En función de estos datos podemos darnos cuenta de que el que haya un número importante de enfermos que han pensado más en Dios desde que tienen la enfermedad, esto no quiere decir que por este motivo tenga que aumentar su práctica religiosa. No obstante, llama la atención que un 37,5% de personas de la muestra la hayan aumentado.

7.9.- PREGUNTA 12: El creer en Dios da sentido a mi existencia

Un 54% de los pacientes están de acuerdo con que el creer en Dios da sentido a su existencia, un 23% se mantienen en una posición intermedia y un 23% están en desacuerdo (ver Gráfico 7.9).

**GRÁFICO 7.9: Porcentajes obtenidos en la pregunta:
“El creer en Dios da sentido a mi existencia”**

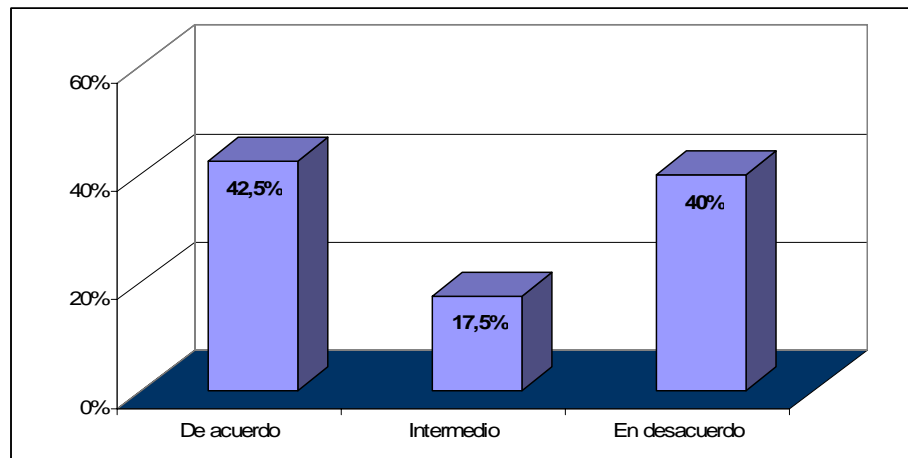


En función de estos datos podríamos suponer que, puesto que muchos pacientes de la muestra manifiestan la idea de que creer en Dios da sentido en su existencia, sería posible encontrar en el análisis estadístico una relación entre creencias religiosas y sentido de la vida. Algo que veremos más adelante que no se encuentra en dicho análisis estadístico.

PREGUNTA 14.- “Mis creencias religiosas me llevan a practicar más mi religión”.

Un 42% de los pacientes están de acuerdo con que sus creencias religiosas les llevan a practicar más su religión, frente a un 40% que no están de acuerdo y un 17,5% que se mantienen en una posición intermedia (ver Gráfico 6.10).

**GRÁFICO 7.10: Porcentajes obtenidos en la pregunta:
“Mis creencias religiosas me llevan a practicar más mi religión”**



En los resultados de esta pregunta seguimos viendo la relación poco clara entre creencias y prácticas religiosas.

XIV.- RESULTADOS II: RELACIONES ENTRE VARIABLES

1.- RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y OTRAS VARIABLES

1.1.- RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Se encuentran asociaciones estadísticamente significativas, mediante la correlación de Pearson, entre determinadas alteraciones psicopatológicas (evaluadas con el MMPI y la escala HAD) y algunas estrategias de afrontamiento. Las relaciones halladas entre las escalas del MMPI-2 y estrategias de afrontamientos se pueden ver en la Tabla 7.1 y las relaciones halladas entre las escalas del HAD y las estrategias de afrontamiento se pueden ver en la Tabla 7.1.

Tabla 1.1: Relaciones entre escalas del MMPI-2 y estrategias de afrontamiento.

Correlación positiva	Depresión	Ansiedad	Esquizofrenia	Psicastenia	Hipomanía	Obsesión
Apoyo social					,352*	
Esfuerzos para solucionar la situación					,365*	
Centrarse en las emociones y desahogarse		,444**	,320**			
Actividades distractoras		,408**	,451**	,322*	,367*	,436**
Correlación negativa						
Reinterpretación positiva	-,415*					
Humor	-,353*				,411*	

* La relación es estadísticamente significativa con una $p < 0,05$

** La relación es estadísticamente significativa con una $p < 0,01$

Tabla 1.2: Relaciones entre escalas del HAD y estrategias de afrontamiento.

	Ansiedad-HAD	Depresión-HAD
Centrado en las emociones y desahogarse	,421**	,315*
Abandono de esfuerzos de afrontamiento	,308*	,370*

* La relación es estadísticamente significativa con una $p < 0,05$

** La relación es estadísticamente significativa con una $p < 0,01$

Las relaciones encontradas entre ambos grupos de variables se muestran a continuación.

1.1.1.- Depresión y estrategias de afrontamiento

- Encontramos una asociación negativa entre la escala de *Depresión* del MMPI-2 y afrontamiento centrado en la **Reinterpretación positiva** ($r = - ,415$, $p < 0,01$) y afrontamiento centrado en el **Humor** ($r = - ,353$, $p < 0,05$).
- Encontramos una asociación positiva entre la escala de depresión del HAD y el afrontamiento **Centrado en las emociones y desahogarse** ($r = ,315$, $p < 0,05$) y el **Abandono de esfuerzos de afrontamiento** ($r = ,370$, $p < 0,05$)

Vemos en función de estos datos que las estrategias utilizadas menos por pacientes de la muestra con mayores puntuaciones en depresión son adaptativas y las que se usan más por estas personas son poco adaptativas.

1.1.2.- Ansiedad y estrategias de afrontamiento

- Encontramos una asociación positiva entre la escala de *Ansiedad* del MMPI-2 y afrontamiento mediante **Búsqueda de actividades distractoras** ($r = ,408$, $p < 0,01$) y afrontamiento **Centrado en las emociones y desahogarse** ($r = ,444$, $p < 0,01$).

- Encontramos una asociación positiva entre la escala del HAD de ansiedad y afrontamiento **Centrado en las emociones y desahogarse** ($r = ,421$, $p < 0,01$) y el **Abandono de esfuerzos de afrontamiento** ($r = ,308$, $p < 0,05$) y el afrontamiento.

En este caso también podemos observar un mayor uso de estrategias de afrontamiento que no son adaptativas entre los que tienen más ansiedad, al igual que sucedía en el caso de la depresión.

1.1.3.- Esquizofrenia y estrategias de afrontamiento

Encontramos una asociación positiva entre la escala del MMPI-2 de Esquizofrenia y el afrontamiento mediante **Búsqueda de actividades distractoras** ($r = ,451$, $p < 0,01$) y el afrontamiento **Centrado en las emociones y desahogarse** ($r = ,320$, $p < 0,05$).

Nuevamente encontramos una relación entre mayor psicopatología y uso de estrategias de afrontamiento no adaptativas.

1.1.4.- Psicastenia y estrategias de afrontamiento

Encontramos una asociación positiva entre la escala del MMPI-2 de Psicastenia y el afrontamiento mediante la **Búsqueda de actividades distractoras** ($r = ,322$, $p < 0,05$),

En este apartado también encontramos que la estrategia de afrontamiento con la que se encuentra asociación es no adaptativa.

1.1.5.- Hipomanía y estrategias de afrontamiento

Encontramos una asociación positiva entre la escala del MMPI-2 de Hipomanía y el afrontamiento mediante **Esfuerzos para solucionar la situación** ($r = ,365$, $p < 0,05$), afrontamiento **Centrado en el humor** ($r = ,411$, $p < 0,01$), afrontamiento mediante la **Búsqueda de apoyo social** ($r = ,352$, $p < 0,05$) y afrontamiento mediante la **Búsqueda de actividades distractoras** ($r = ,367$, $p < 0,05$).

En este caso sólo tendríamos el uso de una estrategia no adaptativa (“Búsqueda de actividades distractoras”), las demás se consideran adaptativas.

1.1.6.- Obsesión y estrategias de afrontamiento

Encontramos una asociación positiva entre la escala del MMPI-2 de ***Obsesión*** y el afrontamiento mediante la **Búsqueda de actividades distractoras** ($r = ,436$, $p < 0,01$).

Nuevamente se produce la asociación entre psicopatología y una estrategia de afrontamiento no adaptativa.

1.2.- RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y LOCUS DE CONTROL

Se han hallado asociaciones estadísticamente significativas, mediante la correlación de Pearson entre un Locus de control más externo (mayor puntuación en la escala I-E de Rotter) y las escalas del MMPI-2 de ***Hipocondría*** ($r = ,540$, $p < 0,01$) e ***Histeria*** ($r = ,537$, $p < 0,01$).

No se ha hallado dicha correlación entre Locus de control y otras alteraciones psicopatológicas.

1.3.- RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y SENTIDO DE LA VIDA

Encontramos una asociación estadísticamente significativa, entre determinadas alteraciones psicopatológicas (evaluadas con el MMPI y la escala HAD) y la percepción del sentido de la vida, tal y como se muestra a continuación.

1.3.1.- Depresión y sentido de la vida

Mediante la correlación de Pearson, encontramos una relación negativa estadísticamente significativa entre depresión y sentido de la vida tal y como se muestra a continuación:

- Encontramos asociación negativa entre mayor puntuación en *Depresión* medida con el MMPI-2 y mayor sentido de la vida ($r = -.665, p < 0,01$).
- Encontramos una asociación negativa entre mayor puntuación en **Depresión** medida con el HAD y mayor sentido de la vida ($r = -.584, p < 0,01$).

La asociación negativa detectada en ambos casos implica que con un mayor grado de depresión hay menor sentido de la vida y con un menor grado de depresión hay mayor sentido de la vida. Los no podemos saber si la Depresión produce un menor sentido de la vida o el menor sentido de la vida produce Depresión. Lo más probable es que haya una relación bidireccional entre ambas variables.

Si hacemos dos grupos en función de las puntuaciones T del MMPI-2 en depresión, menores y mayores de 60 puntos (que presuponen ausencia o presencia de depresión) y hacemos otros dos grupos con el PIL uniendo a los que tienen un “sentido malo” en un grupo y a los que tienen un “sentido medio” y u “sentido bueno” en otro grupo podemos hacer una tabla de contingencia de dos por dos y realizar una prueba de Chi cuadrado. Los resultados de dicha prueba nos muestran que hay una asociación estadísticamente significativa con $p < 0,01$ entre menor grado de depresión ($T < 60$) y mayor sentido de la vida y viceversa, con un valor de Chi cuadrado de 12,613. Datos que se corresponden con los resultados obtenidos mediante la correlación de Pearson.

Si hacemos también dos grupos con la subescala de depresión de la escala HAD (estableciendo un punto de corte en 8) y hacemos la prueba de Chi cuadrado entre los dos grupos referidos de sentido encontramos también una asociación estadísticamente significativa entre mayor grado de depresión y menor sentido de la vida y viceversa, con $p < 0,01$, con un valor de Chi cuadrado de 7,609. Datos que también se corresponden con los obtenidos mediante la correlación de Pearson.

1.3.2.- Ansiedad y sentido de la vida

Mediante la correlación de Pearson, encontramos una relación estadísticamente significativa entre ansiedad y sentido de la vida según se muestra a continuación:

- Encontramos una asociación negativa ente **Ansiedad** medida con el MMPI-2 y sentido de la vida ($r = -0,356$, $p < 0,05$).
- Encontramos una asociación negativa ente **ansiedad medida con el HAD** y sentido de la vida ($r = -0,345$, $p < 0,05$).

En este caso podemos concluir lo mismo que el caso de la relación entre Depresión y sentido de la vida, aunque la fuerza de la asociación sea menor. Vemos que a mayor ansiedad hay menor sentido y a menor ansiedad hay más sentido, pero tampoco podemos decir cuál de ambas variables provoca efectos en la otra y lo más probable es que la influencia sea bidireccional al igual que hemos señalado en el caso de la depresión.

Haciendo dos grupos tal como hemos hecho en el caso de la depresión con la subescala de ansiedad de la escala HAD y realizando una prueba de Chi cuadrado encontramos una relación estadísticamente significativa entre menor grado de ansiedad y más sentido de la vida con una $p < 0,05$, con un valor de Chi cuadrado de 4,193.

1.3.3.- Otras alteraciones psicopatológicas y sentido de la vida

- Encontramos una asociación negativa entre diferentes escalas del MMPI-2 y el grado de sentido de la vida. Las escalas en las que se halla dicha relación negativa son: **Hipocondría** ($r = -0,405$, $p < 0,01$), **Histeria** ($r = -0,325$, $p < 0,01$), **Desviación psicopática** ($r = -0,535$, $p < 0,01$), **Introversión social** ($r = -0,422$, $p < 0,01$).
- Encontramos una asociación positiva entre la subescala del MMPI-2 de **Hipomanía** y sentido de la vida ($r = 0,462$, $p < 0,05$). Estos datos hay que interpretarlos con cautela al igual que nos ha sucedido en la relación entre hipomanía y afrontamiento, ya que las personas con hipomanía y manía tienden a encontrar sentido a situaciones que no lo tienen o a distorsionar la realidad en un sentido positivo.

Podemos concluir lo mismo que hemos concluido en los casos de la Depresión y la Ansiedad y su relación con el sentido de la vida para en las asociaciones negativas que existen entre sentido de la vida y las demás escalas del MMPI-2 referidas. No podemos saber cuál de

las variables influye primero pero sí podemos observar que existe una relación entre las mismas que lo más probable es que sea bidireccional.

Realizando una división de la muestra en dos grupos en función de las puntuaciones T del MMPI-2 y de otros dos grupos de sentido de la vida, tal y como se ha hecho anteriormente con la depresión y la ansiedad, y haciendo una tabla de contingencia y la prueba de Chi cuadrado, encontramos relación entre sentido de la vida y las siguientes variables:

- *Hipocondría*: a menor puntuación en hipocondría hay mayor sentido de la vida y viceversa, con una $p < 0,01$ con un valor de Chi cuadrado de 8,120.
- *Paranoia*: a menor puntuación en paranoia hay mayor sentido de la vida y viceversa, con una $p < 0,05$, con un valor de Chi cuadrado de 4,912.
- *Psicastenia*: a menor puntuación en psicastenia hay mayor sentido de la vida y viceversa, con una $p < 0,01$, con un valor de Chi cuadrado de 7,802.
- *Esquizofrenia*: a menor puntuación en esquizofrenia hay mayor sentido de la vida y viceversa, con una $p < 0,05$, con un valor de Chi cuadrado de 6,316.
- *Introversión social*: a menor puntuación en Introversión social hay mayor sentido de la vida y viceversa, con una $p < 0,01$, con un valor de Chi cuadrado de 10,639.

No se encuentra relación de sentido de la vida con Histeria, Desviación psicopática o Hipomanía con la prueba de Chi cuadrado.

1.4.- RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y PERCEPCIÓN DEL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO

En este punto buscaremos la relación entre alteraciones psicopatológicas y las respuestas que se han dado a la pregunta “El sufrimiento no tiene ningún sentido”.

Con respecto a las respuestas obtenidas en esta pregunta encontramos diferencias estadísticamente significativa entre las medias obtenidas, en las puntuaciones de depresión con la subescala de depresión de la escala HAD, entre los tres grupos de posibles respuestas (“De acuerdo”, “Intermedio” y “En desacuerdo”) con una $p < 0,05$ y una $F = 3,698$. Para conocer entre que grupos hay diferencias se ha realizado comparaciones múltiples Post hoc, utilizando el método DMS y se hallan diferencias estadísticamente significativas entre los que están de acuerdo con que el sufrimiento no tiene ningún sentido y los que están en desacuerdo con dicha afirmación ($p < 0,05$). Tienen las medias más altas en la subescala de depresión de la escala HAD los que afirman que el sufrimiento no tiene ningún sentido con diferencias significativas con los que están en desacuerdo con esta idea. Por lo tanto, parece haber alguna relación entre no encontrarle sentido al sufrimiento y presencia de depresión en los pacientes de la muestra.

1.5.- RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y CREENCIAS RELIGIOSAS Y/O ESPIRITUALES

No se ha hallado ningún tipo de relación entre alteraciones psicopatológicas y creencias religiosas (medidas con el SBI), ni entre alteraciones psicopatológicas y nivel de práctica religiosa.

2.- RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y OTRAS VARIABLES

2.1.- RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LOCUS DE CONTROL

Para la comparación de las medias existentes en las estrategias de afrontamiento de los grupos con Locus interno, medio o externo se ha utilizado el ANOVA de un factor. Mediante el ANOVA se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las medias de siguientes estrategias de afrontamiento:

- **Abandono de esfuerzos de afrontamiento** ($F = 3,417$, $p < 0,05$).

- **Crecimiento personal** ($F= 5,222$, $p=0,01$).
- **Reinterpretación positiva** ($F= 3,461$, $p< 0,05$).

Para conocer entre que grupos hay diferencias se ha realizado comparaciones múltiples Post hoc, utilizando el método DMS y se hallan los siguientes resultados:

- 1) En **Abandono de esfuerzos de afrontamiento** hay diferencias estadísticamente significativas entre los que tienen Locus más interno y Locus más externo ($p<0,05$), teniendo medias más altas en esta estrategia quienes tienen el Locus más externo. Es decir, un Locus más externo se relaciona con abandono de esfuerzos de afrontamiento.
- 2) En **Crecimiento personal** hay diferencias estadísticamente significativas entre quienes tienen un Locus interno y un Locus medio ($p<0,05$) y entre quienes tienen un Locus medio y un Locus externo ($p<0,01$), hallándose que usan más esta estrategia quienes tienen un Locus medio que uno externo. Los que tienen un Locus interno tienen puntuaciones más altas en Crecimiento personal que los que tienen Locus externo, pero las diferencias no son estadísticamente significativas entre ambos grupos.
- 3) En **Reinterpretación positiva** las diferencias son estadísticamente significativas entre las personas con Locus interno y externo ($p<0,05$) y entre las personas con Locus medio y externo ($p<0,05$). Esta estrategia es menos utilizada esta estrategia por personas con Locus externo que con Locus medio o interno.

No hay asociación estadísticamente significativa entre Locus de control y otras estrategias de afrontamiento.

2.2.- RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL SENTIDO DE LA VIDA

Se encuentra una asociación estadísticamente significativa, mediante la correlación de Pearson, entre mayor percepción de **sentido de la vida** y afrontamiento basado en la **Reinterpretación positiva de la situación** ($r = ,336$, $p < 0,05$).

No se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre sentido de la vida y otras estrategias de afrontamiento.

2.3.- RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CREENCIAS RELIGIOSAS Y/O ESPIRITUALES

Se encuentran asociaciones estadísticamente significativas, mediante la correlación de Pearson, entre afrontamiento mediante la **Religión** y las dos subescalas del SBI: **Creencias y prácticas** ($r = ,721$, $p < 0,01$) y **Soporte social** ($r = ,515$, $p < 0,01$) y entre el afrontamiento mediante la **Religión** y el mayor nivel de práctica religiosa, encontrándose diferencias significativas entre las medias obtenidas en la puntuación en la estrategia de afrontamiento **Religión** con el ANOVA con una $p < 0,01$ y una $F = 13,597$. Para conocer entre que grupos hay diferencias se ha realizado comparaciones múltiples Post hoc, utilizando el método DMS y se halla que las diferencias son significativas entre el grupo de práctica religiosa frecuente con el de ausencia de práctica ($p < 0,05$) y entre los de práctica intermedia y los de ausencia de práctica ($p < 0,05$), pero no hay diferencias estadísticamente significativas entre las personas del grupo de práctica frecuente y práctica intermedia.

No se encuentra relación entre creencias religiosas (medidas con el SBI) y otras estrategias de afrontamiento, ni entre nivel de práctica religiosa y otras estrategias de afrontamiento

3.- RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y OTRAS VARIABLES

3.1.- RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y PERCEPCIÓN DEL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO

En este punto buscaremos la relación entre percepción de sentido de la vida y las respuestas a la pregunta “El sufrimiento no tiene ningún sentido”.

Con respecto a las respuestas obtenidas en esta pregunta encontramos diferencias estadísticamente significativa entre las medias obtenidas, en las puntuaciones del test PIL, entre los tres grupos de posibles respuestas (“De acuerdo”, “Intermedio” y “En desacuerdo”) con una $p < 0,05$ y una $F = 4,209$. Para conocer entre que grupos hay diferencias se ha realizado comparaciones múltiples Post hoc, utilizando el método DMS y se hallan diferencias estadísticamente significativas entre los están de acuerdo con que el sufrimiento no tiene ningún sentido y los que están en desacuerdo ($p < 0,05$), teniendo las medias más altas en el test PIL los que están en desacuerdo con que el sufrimiento no tenga ningún sentido y medias más bajas en el test PIL los que están de acuerdo con que el sufrimiento no tenga ningún sentido. Por lo tanto, parece haber alguna relación entre no encontrarle sentido al sufrimiento y percepción de menor sentido de la vida.

No hemos encontrado relación entre la puntuación del PIL y las otras preguntas relacionadas con sentido de la vida y sentido del sufrimiento.

3.2.- RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y CREENCIAS RELIGIOSAS Y/O ESPIRITUALES

No se encuentra una asociación estadísticamente significativa, mediante la correlación de Pearson, entre la puntuación total del PIL con las dos subescalas del SBI. Tampoco se encuentra relación entre sentido de la vida y mayor práctica religiosa o con otras preguntas del Inventario sobre Afrontamiento, Sentido y Religiosidad relacionadas con religiosidad. Sin embargo, cuando se les pregunta directamente a estos pacientes sobre la relación entre sentido de la vida y sus creencias (en el Inventario sobre Afrontamiento, Sentido y Religiosidad) con frecuencia se muestran de acuerdo con dicha relación.

3.3.- RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y LOCUS DE CONTROL

Para la comparación de las medias de sentido de la vida entre los grupos con Locus interno, medio o externo se ha utilizado el ANOVA de un factor. Con el ANOVA se encuentra una diferencia que roza la significación estadística ($p=0,054$, $F= 3,155$) en las medias de sentido de la vida entre los tres grupos de Locus de control.

Para conocer cuáles son las medias que difieren se ha realizado comparaciones múltiples Post hoc, utilizando el método HSD de Tukey y se halla que hay una diferencia significativa ($p<0,05$) entre el grupo con Locus de control interno y el externo siendo mayor la puntuación del PIL en los que tienen un Locus de control interno.

XV.- DISCUSIÓN

1.- OBJETIVO 1: DESCRIBIR LA PREVALENCIA DE DIFERENTES ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y VARIABLES DE PERSONALIDAD

En el presente trabajo se ha encontrado que hay más alteraciones psicopatológicas y de mayor gravedad que en la población general, datos que son similares a los encontrados en estudios previos realizados con otros pacientes con cáncer de pulmón (Hopwood & Stephens, 2000). Estos datos pueden indicar que los enfermos con cáncer de pulmón avanzado tienen un mayor riesgo de sufrir mayores alteraciones psíquicas después del diagnóstico y el tratamiento tal y como apuntan otros autores (Carlsen et al., 2005) que la población general.

Esta prevalencia elevada de alteraciones psicopatológicas no tiene por qué ser exclusiva de pacientes oncológicos, pues se ha encontrado que hay valores incluso más elevados en otros enfermos somáticos con enfermedades graves (Gore, Brophy y Greenstone, 2000).

Con respecto a los datos obtenidos con la escala HAD tenemos una media en la subescala de ansiedad (8,07) que es mayor que la obtenida en población general española (6,77), siendo una diferencia cercana a la significación estadística ($p=0,064$). En la subescala de depresión la media de nuestro estudio (6,27) difiere significativamente ($p<0,01$) de la obtenida en población general española (2,44). Estos datos también nos llevan a pensar en que en estos enfermos hay factores relacionados con un mayor riesgo de sufrir alteraciones psíquicas como ansiedad y depresión.

En comparación con otros estudios con enfermos de cáncer de pulmón, encontramos que las medias obtenidas en nuestro estudio son superiores en la subescala de ansiedad y similares en la subescala de depresión a los valores obtenidos en el estudio en población española de Martín, Sierra y Sánchez (2003), que obtuvieron unas medias en ansiedad y depresión de 6 en ambos casos. En el estudio de Gore, Brophy y Greenstone (2000) la media de la subescala de ansiedad fue de 7,2, ligeramente inferior a la nuestra y la media de la subescala de depresión (7,22) que supera levemente nuestros valores. Vemos que nuestros datos muestran unos valores de ansiedad mayores en los enfermos de nuestra muestra y desconocemos las razones. Es probable que un estudio con un mayor número de enfermos nos mostrara unos datos más cercanos a los de los otros estudios.

Las medias obtenidas en las citadas subescalas en nuestro estudio son muy superiores a las obtenidas con estudios en enfermos oncológicos con otras localizaciones tumorales (Keller et al., 2004; Smith et al., 2002; Voogt et al., 2005) aunque muy similares a las obtenidas con enfermos con otras localizaciones tumorales en estadio avanzado (Mistakidou et al., 2005; Smith, Gomm y Dickens, 2003). Esto puede tener que ver con que el cáncer de pulmón suele diagnosticarse en fases más avanzadas de la enfermedad que otros cánceres (Sarna et al., 2005).

Con respecto a las prevalencias de ansiedad y depresión determinadas con la escala HAD en base a un punto de corte a partir de 11 puntos (que establece que serían casos de ansiedad o depresión) encontramos en nuestra muestra un 24,4% de casos de ansiedad y de 11,9% de depresión. Al hacer una comparación con otros estudios con enfermos con cáncer de pulmón, en los que se especifica el mismo punto de corte en 11 puntos, encontramos con respecto a la ansiedad una prevalencia superior a la encontrada en algunos estudios (Aass et al., 1997; Hopwood & Stephens, 2000; Montazeri et al., 1998) y con respecto a la depresión una prevalencia superior a la encontrada en un estudio en fases iniciales de la enfermedad (Kramer, 1999) y una prevalencia inferior a la encontrada en el resto de los estudios (Aass et al., 1997; Montazeri et al., 1998; Hopwood & Stephens, 2000). Si comparamos nuestros resultados con los datos obtenidos con pacientes en fases avanzadas de la enfermedad (Kramer, 1999; Montazeri et al., 1998) o en pacientes con mal pronóstico (Hopwood & Stephens, 2000) encontramos una prevalencia mucho menor de depresión en los pacientes de nuestra muestra.

Podríamos concluir en base a los datos expuestos, que encontramos en nuestro estudio una menor prevalencia de depresión mediante el HAD que en otros estudios realizados en enfermos con cáncer de pulmón, excepto cuando dichos datos se han obtenido en fases precoces de la enfermedad. Dichas diferencias podrían deberse a que hemos excluido de nuestro estudio a los pacientes con antecedentes de tratamiento psiquiátrico, a que pertenecen a contextos culturales diferentes o a que aunque están en una fase III o IV del cáncer, no tienen un deterioro físico importante, pues la mayoría recibían tratamiento ambulatorio.

Al comparar los datos de prevalencia de ansiedad y depresión obtenidos con el HAD en nuestra muestra, con los datos obtenidos con la misma escala en pacientes con otras localizaciones tumorales, encontramos una mayor prevalencia de ansiedad en los pacientes de

nuestra muestra con respecto a los datos de otros estudios con otras localizaciones tumorales (Aass et al., 1997; Keller et al., 2004; Voogt et al., 2005), menor prevalencia con respecto a otro estudio con enfermos con cáncer avanzado (Smith et al., 2002) y casi igual que los datos obtenidos en otro estudio con pacientes con cáncer avanzado (Mistakidou et al., 2002). Tal vez estos datos indiquen que el cáncer de pulmón puede generar más ansiedad que otras localizaciones tumorales, algo que puede asociarse a los síntomas respiratorios de esta localización tumoral.

Con respecto a la depresión, la prevalencia de la misma es inferior a la hallada en otros estudios con otras localizaciones tumorales (Aass et al., 1997; Keller et al., 2004; Mistakidou et al., 2005; Smith et al., 2002; Voogt et al., 2005). Esta diferencia es contradictoria con otros hallazgos de la literatura que muestran que el cáncer de pulmón se asocia con más frecuencia a depresión (Dugan et al., 1998; Hughes, 1985; Massie, 2004; Stommel et al., 2001). También es posible que el haber excluido de la muestra a pacientes con antecedentes de tratamiento psiquiátrico haya influido en estos resultados.

Los casos comprendidos entre 8 y 10 puntos de las dos subescalas de la escala HAD son en nuestro estudio de un 26,8% en ansiedad y de un 14,3% en depresión. En el estudio de Montazeri y colaboradores (1998) es de un 6% en ansiedad y de un 11% en depresión. En el estudio de Hopwood y Stephens (2000) los casos dudosos de depresión fueron un 16% de los pacientes y de ansiedad un 18% de los pacientes. Vemos que en nuestro trabajo hay más casos dudosos de ansiedad que los porcentajes obtenidos en estudios previos en el caso de la ansiedad, por lo que podríamos suponer que aunque los pacientes presentan sintomatología de tipo ansioso, esta no es de la misma intensidad que la hallada en estudios previos. Con respecto a la depresión estamos en un punto intermedio entre los valores obtenidos en los dos estudios citados.

Hay un 9,5% de enfermos de nuestro estudio que tienen simultáneamente puntuaciones altas en ansiedad y depresión, un porcentaje mucho menor que el obtenido por Hopwood y Stephens (2000) que es de un 21%. Quizás dicha diferencia se deba al dato ya señalado de que hemos excluido de nuestro estudio a personas con antecedentes psiquiátricos.

Encontramos mayores tasas de depresión en varones que en mujeres al igual que en el estudio de Hopwood & Stephens (2000) con enfermos con cáncer de pulmón. De todas

formas, hay que ser cautos con esta comparación porque el número de mujeres de nuestra muestra es pequeño.

Con el MMPI-2 encontramos un 33,3% de los pacientes tienen puntuaciones correspondientes a depresión ($T > 60$) entre los que la mayoría tienen puntuaciones correspondientes a depresión severa (26,2% de la muestra; $T > 70$). Estos datos difieren con los obtenidos con la escala HAD, pues la prevalencia obtenida con el MMPI-2 es mayor para este último instrumento. Es probable que los síntomas somáticos de depresión que se recogen en el MMPI-2, sumen puntos para la escala *Depresión*, y sean el factor que explique la mayor prevalencia encontrada de depresión con el MMPI-2. Dichos síntomas, como ya se ha referido anteriormente, no están presentes en la escala HAD y por eso sus puntuaciones pueden ser menores.

Sólo hemos encontrado un estudio previo en el que se muestra prevalencia de depresión evaluada con el MMPI en pacientes con cáncer de mama operable (Aragona, Muscatelli y Mesiti, 1997) y ésta es de un 62% en pacientes; valor muy superior al obtenido en el presente trabajo, y al tratarse de otra localización tumoral en una muestra de mujeres, los datos no son muy comparables con los nuestros.

Encontramos en nuestro trabajo, con el MMPI-2, puntuaciones elevadas en hombres en *Hipocondría, Depresión, Introversión social y Ansiedad*, y en mujeres puntuaciones elevadas en *Hipocondría, Histeria, Introversión social y Obsesión*. En todas estas escalas las diferencias fueron significativas con respecto a la población general. Estos datos se aproximan parcialmente a los hallados en estudios previos con el MMPI en grupos más heterogéneos de enfermos oncológicos. Por ejemplo, en el estudio de Blanco y colaboradores (1988) las puntuaciones altas en mujeres son en *Histeria, Paranoia y Neuroticismo*; en este caso encontramos que sólo coinciden los valores elevados en *Histeria* con los de nuestro estudio; en varones y mujeres las puntuaciones elevadas fueron en *Hipocondría, Depresión e Introversión social*, datos en los que coinciden con las tres subescalas que están elevadas en varones en nuestro estudio. Delgado y colaboradores (1989) encuentran valores elevados en hombres en las subescalas de *Depresión, Introversión social y Dependencia* (en este caso encontramos coincidencias en *Depresión e Introversión social*) y en las mujeres encuentran valores elevados en *Hipocondría, Depresión, Psicastenia, Esquizofrenia, Introversión social y Dependencia* (encontramos coincidencia con nuestro estudio en las escalas de *Hipocondría e*

Introversión social). Pero este estudio no es muy comparable con el nuestro porque la mayoría de los pacientes evaluados (70%) estaban diagnosticados de depresión. En el estudio de García y colaboradores (1990) la *Hipocondría* mostró, al igual que en nuestro estudio, valores elevados en mujeres y la *Depresión* y la *Introversión social* tuvieron valores elevados tanto en hombres como en mujeres (coinciden los hallazgos en *Introversión social*, pero los de *Depresión* coinciden sólo para los hombres). Matías y colaboradores (1995) hallan un aumento de *Introversión social* en mujeres con cáncer de mama y de *Hipocondría*, *Depresión* y *Paranoia* en mujeres con neoplasias hematológicas; nuevamente hallamos coincidencias con *Introversión social* y en *Hipocondría*.

Por lo tanto, vemos que las escalas *Hipocondría*, *Introversión social* y *Depresión* con escalas que ya muestran valores elevados en los estudios previos referidos en otros enfermos oncológicos. Desconocemos si dichos datos obedecen a un cierto perfil psicológico en común entre enfermos de cáncer o a las dificultades generadas por la situación de enfermedad.

La mayor puntuación en la escala de *Hipocondría* en hombres y mujeres de nuestra muestra puede deberse a que debido a su grave enfermedad tienen mayores preocupaciones somáticas que la población general.

Los hombres puntuaron más que las mujeres en *Depresión* (al igual que hemos encontrado en la escala HAD), pero las diferencias no fueron significativas entre ambos grupos. Nuevamente señalamos la necesidad de cautela a la hora de establecer comparaciones entre ambos sexos por el reducido número de mujeres de la muestra.

La mayor puntuación en la escala de *Introversión social* en ambos grupos podría asociarse a la situación de limitación que impone la enfermedad o a rasgos previos de personalidad, pero no podemos saberlo puesto que no tenemos datos de cómo era la personalidad de estos pacientes antes de enfermar.

Sobre la mayor puntuación de *Histeria* en mujeres tenemos que ser cautelosos ante las comparaciones con los varones y los datos obtenidos por lo que se ha dicho previamente del tamaño muestral. Podríamos suponer que la histeria está cercana a los rasgos de personalidad tipo C que se ha relacionado con mayores posibilidades de llegar a tener un cáncer (Temoshok, 1987), pero no podemos quedarnos por el momento más que en meras

suposiciones. Sería conveniente analizar más en profundidad las variables de personalidad de los pacientes con cáncer de pulmón, la relación de éstas variables con el pronóstico y si dichas variables de personalidad tienen o no que ver con lo que se ha llamado personalidad tipo C, pues los datos referentes a este tema siguen sin dar resultados totalmente claros (Temoshok, 1987).

Los hombres tienen mayores puntuaciones en *Ansiedad* y las mujeres en *Obsesión* con diferencias significativas entre ambos grupos. No podemos concluir mucho al respecto por el tamaño muestral y por no disponer de datos de estudios previos con las mismas escalas del MMPI, ni datos sobre los valores previos en estos mismos pacientes antes de su enfermedad.

Habría que tener en cuenta que el hecho de que los pacientes de la muestra tengan tasas más altas de alteraciones psíquicas que la población general, puede deberse, entre otras cosas, al mal pronóstico de su enfermedad, a los síntomas de la misma y por los sentimientos de culpa asociados a estilos de vida previos que se pueden asociar a la enfermedad, como es el hecho haber fumado previamente al desarrollo del cáncer de pulmón. Estos datos no se han tenido en cuenta en este estudio y sería pertinente tenerlos en cuenta en estudios posteriores en los que se estudiara en más profundidad el origen de las alteraciones psicopatológicas de estos pacientes. Aunque a su vez habría que tener en cuenta si el hecho de fumar más tiene que ver con alteraciones psíquicas preexistentes, razón por la que sería recomendable hacer estudios prospectivos en la población de riesgo de padecer un cáncer de pulmón, como es el caso de los fumadores.

Como no tenemos datos de prevalencia de alteraciones psicopatológicas antes del diagnóstico, no es posible determinar si hay una relación de causalidad entre el diagnóstico del cáncer de pulmón y el estado psíquico de estos enfermos, aunque los datos obtenidos apuntan a esa posible relación. ¿Pero no es posible que la causalidad sea a la inversa? Es decir, que las personas que acaban enfermando de cáncer de pulmón, en algunos casos tengan más alteraciones psicopatológicas antes del diagnóstico. También consideramos que serían necesarios estudios prospectivos para determinar esta relación pues, aunque en principio se han excluido personas con antecedentes de tratamiento psiquiátrico, es probable que algunos de los participantes en el estudio tengan antecedentes de alteraciones psiquiátricas sin diagnosticar.

Hay que tener en cuenta que se han excluido pacientes con peor estado físico, que no eran conscientes de su enfermedad, que estaban haciendo una negación de la situación o que no tenían “ganas de pensar”, aparte de los que no han dado explicaciones de por qué no querían participar. Esto supone que no tenemos información de cómo están los enfermos a los que no hemos evaluado y por lo tanto no tenemos una muestra que represente a todos los enfermos con cáncer de pulmón. Dentro de estos enfermos, es probable que hayamos obtenido los datos de los que están en una situación física más favorable y con un mayor grado de conciencia de lo que les pasa o con una mejor disposición anímica para participar. Habría que considerar cuáles son las características psíquicas de las personas que han aceptado participar y de las que no han querido hacerlo. Es posible que quienes han rehusado o expresaban no querer pensar sobre lo que les pasaba estén en un estado psíquico peor que quienes han participado. Además los enfermos en peores condiciones físicas están menos capacitados o motivados para responder a cuestionarios que les llevan tiempo y les suponen cansancio, por lo que tampoco han sido evaluados en el presente estudio. Los enfermos que han colaborado en el presente estudio, aunque tenían un cáncer de pulmón en estadios avanzados, no estaban en una fase muy grave de su enfermedad ni con demasiados síntomas somáticos, factores que se han asociado a una mayor prevalencia de alteraciones psicopatológicas (Mermelstein & Lesko, 1992). Por lo tanto, es posible que los datos obtenidos en el presente trabajo reflejen menores alteraciones psicopatológicas que las que tienen los enfermos en fases más avanzadas de su enfermedad.

La consideración de las alteraciones psicopatológicas en estos enfermos y su tratamiento debería ser una consideración necesaria del abordaje integral que precisan estos pacientes en el que se detecten precozmente este tipo de alteraciones y se pueda por lo tanto hacer un tratamiento adecuado de las mismas.

En base a los datos del presente trabajo, no se pueden establecer diagnósticos específicos de ningún trastorno mental. Consideramos que sería preciso hacer estudios en los que se establecieran diagnósticos más precisos de determinados trastornos utilizando criterios diagnósticos del DSM o la CIE para determinar de una forma más rigurosa la prevalencia real de trastornos mentales en estos pacientes y diferenciar síntomas psíquicos producto de la adaptación al sufrimiento de la enfermedad de síntomas psíquicos que indican auténticos trastornos psiquiátricos. También sería conveniente valorar factores de la personalidad previos a la enfermedad, el efecto de las relaciones socio-familiares, el estado de los síntomas físicos y los tratamientos en su estado psíquico, la evolución en el tiempo y otros factores que puedan

incidir en el estado psíquico de los enfermos. Por lo tanto, sería necesario realizar estudios longitudinales para evaluar cómo influyen las diferentes variables en la aparición y mantenimiento de alteraciones psicopatológicas y por otra parte para averiguar qué efectos tienen los diferentes tratamientos en las alteraciones psicopatológicas existentes, para conocer los mecanismos que desencadenan o mantienen las alteraciones psicopatológicas en estos enfermos, para establecer cuáles son los pacientes con mayor riesgo, conocer las variaciones y la duración de dichas alteraciones y qué es preciso para detectarlas y tratarlas lo antes posible. Sería importante detectar tanto los que están con alteraciones diagnosticables como los que están en riesgo de sufrir dichas alteraciones para hacer una prevención adecuada.

La comorbilidad de un síndrome depresivo con una enfermedad médica como el cáncer supone un mayor malestar psíquico, un peor nivel de funcionamiento general, y menor capacidad para colaborar con los tratamientos médicos; motivo por el que es importante un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado de los diversos síndromes depresivos que pueden presentar los pacientes oncológicos (Mermelstein, 1992). Además, los enfermos de cáncer de pulmón que están deprimidos tienen unas tasas de supervivencia menores que quienes no lo están, por lo que se podría considerar que la depresión es un factor pronóstico en estos enfermos (Buccheri, 1998; Faller et al., 1999; Faller y Schmidt, 2004) y por lo tanto sería necesario considerar el tratamiento de la misma como un factor importante en el tratamiento integral de estos enfermos.

Parece ser que podría ser útil el desarrollo de programas de intervención precoz en los que se detectara previamente la población de mayor riesgo tal y como ya se señala en la literatura, en referencia a pacientes oncológicos en general (Zabora, 2001) o con pacientes de cáncer de pulmón (Akechi, 2001). La intervención más adecuada parece que sería la que combinara varias estrategias de tipo psicoterapéutico junto a tratamiento psicofarmacológico (si es preciso) (Mermelstein & Lesko, 1992) e incluso incluyendo aportaciones de tipo más social, además del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico (Akechi, 2006). La intervención psicoterapéutica debería ser lo más integradora posible dados los numerosos aspectos que influyen en la situación del paciente y adaptada a la situación concreta que están pasando (Lee, 2004).

Se ha sugerido que las intervenciones proporcionadas tempranamente y de una forma adecuada podrían reducir el malestar psíquico, la ansiedad y la depresión en enfermos

oncológicos y podrían incluso prevenir la aparición de diversos trastornos (Massie y Holland, 1990; Keller et al., 2004). Massie y Holland (1990) proponen una terapia de apoyo basada en el modelo de intervención en crisis para ayudar al paciente a recobrar sus sentimientos de autoestima, una correcta valoración del pasado y el presente y a integrar la enfermedad en un continuo dentro de las experiencias de la vida en la que se ayudara al paciente a afrontar de una manera adecuada su situación de enfermedad. Otros autores proponen una intervención en la línea existencial o de la logoterapia centrada en la búsqueda de sentido de la existencia (Breitbart, 2002; Breitbart et al., 2004; Greenstein, 2000; Greenstein & Breitbart, 2000; Noguchi et al., 2006; Yalom, 2000).

2.- OBJETIVO 2: DESCRIPCIÓN DE OTRAS VARIABLES

2.1.- OBJETIVO 2.1: DESCRIBIR LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes participantes en el presente estudio, han sido por este orden: Aceptación, Búsqueda de crecimiento personal, Búsqueda de apoyo social, Religión, Planificación y afrontamiento y Reinterpretación positiva. Todas ellas son estrategias de afrontamiento adaptativas, datos que son diferentes a los obtenidos con pacientes con otras localizaciones tumorales (como el cáncer de mama), en las que son también frecuentes las estrategias no adaptativas (Crespo y Cruzado, 1998) o con otras muestras con enfermos de cáncer de pulmón en los que se han puesto de manifiesto con frecuencia estrategias no adaptativas (Martín, Sierra y Sánchez, 2003). No sabemos a qué se debe que estas estrategias de afrontamiento sean más frecuentes que las demás. Harían falta más estudios para analizar los factores relacionados con las mismas.

Sobre la mayor frecuencia de la actitud de Aceptación en estos pacientes se ha postulado la posible influencia de los factores de personalidad tipo C en que acepten de una forma más conformista su situación (Temoshok, 1987). Para comprobar si esto es cierto harían falta estudios prospectivos con muestras amplias de personas de población general y ver posteriormente si los que desarrollan cáncer de pulmón y recurren más a la aceptación tienen dichos rasgos de personalidad, o bien se podría analizar en grupos más amplios de enfermos de cáncer de pulmón, si los que recurren a la aceptación tienen rasgos de

personalidad tipo C. La aceptación también ha sido la estrategia usada con mayor frecuencia en un estudio con pacientes con cáncer de mama (Carver et al., 1993). Según Weissman y Worden (1976-1977) esta es una de las estrategias más adaptativas; su perspectiva no coincide en la visión negativa de dicha estrategia que da Temoshok (1987).

La estrategia de afrontamiento que se llama Búsqueda de crecimiento personal, consiste en tratar de desarrollarse como persona o aprender algo de lo que está pasando. Esta estrategia no se ha encontrado como estrategia frecuente en otros estudios con enfermos oncológicos.

Sobre la estrategia de afrontamiento mediante Búsqueda de apoyo social, se sabe que las personas con frecuencia recurren al apoyo social ante situaciones estresantes de sus vidas (Carver et al. 1989) y más en concreto ante el hecho de padecer un cáncer, como se halló en el estudio realizado en enfermas con cáncer de mama de Crespo y Cruzado (1998).

El afrontamiento mediante la Religión se ha encontrado que es frecuente en los pacientes oncológicos (Carver et al., 1993; Brandt, 1987; Martín, Sierra y Sánchez, 2003; Gall & Cornblat, 2002; Halstead & Hull., 2001; Holland et al., 1999; Koenig et al., 1992; Musick, 1998; Silberfarb et al., 1991; Stefanek, McDonald y Hess, 2005; Smith, McCullough y Poll, 2003; Strang & Strang, 2001; Taylor, 2001), por lo que los datos que hemos obtenido coinciden con los reflejados en numerosos estudios previos. Hay un estudio en población española con enfermos con cáncer de pulmón (Martín, Sierra y Sánchez, 2003) en el que se encuentra que la de las estrategia de afrontamiento más frecuentemente utilizadas fue “buscar ayuda espiritual”, datos que pueden relacionarse en parte con el afrontamiento mediante la religión. Parece ser que esta estrategia abarca numerosas dimensiones (Harrison et al., 2001) que habría que tener en cuenta por separado.

La estrategia Planificación y afrontamiento, tiene que ver con llevar a cabo acciones, hacer esfuerzos para eliminar, evitar o reducir los efectos de la situación estresante. También puede desarrollarse pensando en cómo se va a hacer frente a lo que está pasando y planificando los esfuerzos de afrontamiento activo que se van a realizar. No resulta extraño pensar que una enfermedad que amenaza la vida, como es el caso del cáncer de pulmón, sea un acicate para dedicarse a realizar este tipo de actividades, sobre todo si uno es consciente de su diagnóstico, y los pacientes de nuestro estudio lo son.

La Reinterpretación positiva consiste en sacar lo mejor de la situación intentando ver los aspectos positivos de la misma e intentando saber lo que uno puede hacer para manejarla mejor. En el estudio de Carver y colaboradores (1993) también fue una de las estrategias más frecuentemente utilizada por las enfermas con cáncer de mama. Esta estrategia es comparable a la “reevaluación de las circunstancias en términos favorables” y a la “comparación social” de Taylor (1983, 1984), que esta autora señaló como mecanismos frecuentes entre enfermos de cáncer para llevar mejor su situación. Este tipo de estrategia se ha relacionado con una mejor adaptación a la situación de tener un cáncer (Taylor, 1984).

En el presente estudio, las mujeres han usado más que los hombres estrategias de afrontamiento que se consideran adaptativas. No hay ninguna estrategia que hayan usado más los hombres en la que se encuentren diferencias significativas con las mujeres. Pero hay que ser cautos con estos resultados porque el número de mujeres de la muestra es pequeño.

Según el estudio de Carver y colaboradores (1989) y el de Crespo y Cruzado (1997) en población general, las mujeres usan más que los hombres la estrategia Centrarse en las emociones y desahogarse, algo que no coincide con los datos obtenidos en nuestro trabajo. En este mismo estudio, los hombres usaban más que las mujeres el alcohol y otras drogas para afrontar la situación. Como en el presente trabajo apenas hay ningún paciente que recurra a esta estrategia, no se pueden sacar conclusiones ni hacer comparaciones por género ni con ninguna otra variable.

En el presente estudio, las estrategias de afrontamiento menos usadas han sido Negación, Abandono de esfuerzos de afrontamiento, Humor y Uso de alcohol y drogas. Estos datos coinciden parcialmente con los obtenidos por Carver y colaboradores (1993) en enfermas de cáncer de mama en las que las estrategias usadas con menos frecuencia fueron Negación y Abandono de esfuerzos de afrontamiento. También hay que tener en cuenta que en nuestro estudio hemos excluido a pacientes que estaban con una negación total o parcial de su enfermedad.

Muchos de los pacientes desarrollan estrategias de afrontamiento, que se han considerado no adaptativas por Carver y colaboradores (1993). En este sentido sería conveniente estudiar más en profundidad mediante estudios longitudinales y con un mayor

número de pacientes, cuáles son las variables que influyen en el uso de unas u otras estrategias, además de tratar de promover mediante intervenciones psicoterapéuticas las que resulten más adaptativas para los enfermos, en el caso de que sea posible modificarlas. Según Bayés (1991) el impacto emocional y los problemas psicológicos derivados del diagnóstico y tratamiento del cáncer se pueden variar considerablemente en función del tipo de estrategia de afrontamiento empleada por el paciente. En función de esta idea sería importante detectar tempranamente a los sujetos más vulnerables, es decir, que estuvieran desarrollando estrategias de afrontamiento menos adaptativas, para hacer un abordaje psicológico adecuado y prevenir alteraciones emocionales (Weisman, 1976; Weisman y Worden, 1977). En sintonía con esta idea, Bayés (1991) afirma que sería fundamental una ayuda psicológica para ayudar a afrontar la situación de cara a reducir las repercusiones emocionales negativas de la enfermedad.

Silberfarb (1982) critica el enfoque que estudia el afrontamiento del cáncer como si en todo momento dicha enfermedad supusiera un estrés importante y plantea que en lugar de afrontamiento sería más correcto hablar de adaptación a la enfermedad pues cada vez más cánceres evolucionan como procesos crónicos. Sin embargo, en el caso del cáncer de pulmón sí se puede hablar con más propiedad de afrontamiento que en otros cánceres puesto que su mal pronóstico y mala evolución en poco tiempo suponen un elevado nivel de estrés para el paciente en muchos momentos de la enfermedad.

La comprensión de las estrategias de afrontamiento puede ayudar a diseñar estrategias de intervención psicológica más adecuadas a las verdaderas necesidades del paciente oncológico centrándolas más en aspectos situacionales que en rasgos de la personalidad (pues los aspectos situacionales son más fáciles de modificar), ayudando al paciente a utilizar las estrategias más adaptativas y efectivas posibles. La perspectiva situacional es la única que ofrece posibilidades terapéuticas, puesto que suponen que el tipo de afrontamiento cambia según las circunstancias (Singer, 1984) y por lo tanto sería posible modificar dicho afrontamiento mediante una intervención psicoterapéutica (Koenig et al., 1992; Weisman & Worden, 1976). Dada la naturaleza de los procesos de afrontamiento, parece ser que un enfoque de tipo cognitivo sería más adecuado para modificar las evaluaciones cognitivas primarias y secundarias que condicionan dicho afrontamiento.

Para hacer una intervención adecuada, es importante primero comprender las demandas del paciente y sus recursos (físicos, sociales y emocionales) para enfrentarse a la situación (Rowland, 1989b). Según Rowland (1989b) esta situación de enfrentarse a un cáncer es una situación multideterminada por lo que es preciso tener en cuenta numerosas variables a la hora de evaluar psíquicamente a estos enfermos. El tener en cuenta numerosas variables es lo que tratamos de hacer en el presente estudio para tener una comprensión más amplia de los condicionantes del afrontamiento en estos enfermos, entre otros aspectos ya señalados anteriormente.

También habría que señalar que el estudio del afrontamiento es complicado por la naturaleza transaccional del proceso de afrontamiento, es decir dinámico y en cambio constante (Stone y Porter, 1995) por lo que serían más adecuados estudios longitudinales del mismo para ver si esos cambios se producen, cuáles son los factores que influyen en el cambio, si dicho cambio se puede estimular hacia estrategias de afrontamiento más adaptativas, etc.

Ya se ha señalado que el afrontamiento tiene un efecto psíquico para amortiguar o manejar las situaciones estresantes. Además de dicho efecto psíquico, hay hallazgos que muestran que tiene algún efecto en la salud física, pues puede afectar a la misma por diferentes vías (cumplimiento terapéutico, comunicación médico-paciente, conductas de salud del paciente, percepción de los síntomas, búsqueda de cuidados médicos, procesos fisiológicos relacionados con el estrés, etc.) (Stone y Porter, 1995). Incluso se han hallado relaciones en estudios longitudinales entre el tipo de afrontamiento (cuando este afrontamiento era de tipo depresivo) y el tiempo de supervivencia en pacientes con cáncer de pulmón (Faller et al., 1999; Faller y Bülzebruck, 2002; Faller y Schmidt, 2004). Por estos motivos podría ser importante favorecer estrategias de afrontamiento más adaptativas de cara a una mejor evolución de la enfermedad física.

También habría que considerar que a la vez que el afrontamiento repercute en el estado psíquico dicho estado psíquico configura el tipo de estrategias de afrontamiento ante las situaciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1986), por lo que las estrategias destinadas a mejorar el estado psíquico de los pacientes ayudarían a un mejor afrontamiento de su enfermedad.

2.2.- OBJETIVO 2.2: DESCRIBIR EL TIPO DE LOCUS DE CONTROL

La media obtenida, con la escala de Rotter, en el presente estudio (11,26) es similar a la obtenida previamente en población general española (11,6) (Pérez, 1984). Este dato nos indica que los pacientes de nuestra muestra tienen una media de Locus de control similar a la obtenida en otros estudios previos con población española (Pérez, 1984). Estos datos nos pueden hacer suponer que la situación de tener un cáncer de pulmón no tiene porque modificar el Locus de control de los pacientes, que por otra parte parece ser una dimensión relativamente estable de la personalidad (Rotter, 1966), aunque que se podría modificar en función del tipo de circunstancias (Furnham & Steele, 1993). Parece que la situación de nuestros pacientes no supone importantes modificaciones en dicho Locus, aunque también hay que tener en cuenta que no tenemos los datos de Locus de control previos al desarrollo de la enfermedad y no podemos asegurar que en nuestros pacientes haya habido cambios o no en el Locus de control desde que han desarrollado la enfermedad.

En otro estudio (Kreitler et al., 1997) con enfermas de cáncer de mama se ha obtenido una media de 10,57. Un dato que muestra un Locus de control sólo un poco inferior del valor obtenido en nuestro trabajo.

Se ha señalado que es posible que promover un Locus de control más interno pueda ayudar a los pacientes que sufren esta enfermedad (Bárez, Blasco y Castro, 2003) y hay datos de que la psicoterapia de tipo experiencial-existencial puede conseguir un cambio en el Locus de control hacia un Locus de control más interno (de Vries et. al, 1997).

2.3.- OBJETIVO 2.3: DESCRIBIR EL SENTIDO DE LA VIDA

La media de puntuaciones del test PIL en nuestra muestra (91,5) ha sido similar a la obtenida en poblaciones de pacientes españoles en tratamiento psiquiátrico (90) y es significativamente inferior ($p < 0,01$) a la media de población general española (104,8) (Noblejas, 1994). Es probable que las puntuaciones en el test PIL sean inferiores en nuestra muestra a las obtenidas en población española porque la situación de sufrir un cáncer de pulmón supone una serie de dificultades y temores que pueden mermar la sensación de que la vida tenga sentido. Pero como no tenemos los datos de estos pacientes, referentes al sentido de sus vidas, antes de contraer la enfermedad, no podemos demostrar si se ha modificado o no

por la misma, aunque podamos suponerlo al comparar estos datos con los de la población general.

La media obtenida en el presente trabajo encontramos es similar a la obtenida en otro estudio con pacientes oncológicos (Henrion, 1983), inferior a la obtenida en otro trabajo (Noguchi et al., 2006) e inferior a la obtenida en pacientes con recidiva del cáncer (Taylor, 1993a). Las diferencias con el trabajo de Noguchi y colaboradores (2006) se podrían deber a que su estudio se ha realizado en población japonesa y puede haber diferencias culturales en la forma de percibir el sentido de la vida en general y en particular en la situación de tener un cáncer. Además, este efecto también podría deberse a no haberse estudiado la misma localización tumoral; como ya hemos señalado previamente el cáncer de pulmón se diagnostica en fases más avanzadas de la enfermedad y tiene peor pronóstico que otros cánceres, datos que pueden aumentar la desesperanza y la menor percepción del sentido de la vida en estos pacientes. Las diferencias con el estudio de Taylor (1993a) podrían deberse a haberse realizado también en un contexto cultural diferente (Estados Unidos), a las diferentes localizaciones tumorales y a que la situación del cáncer recidivante (que es el de los pacientes de dicho estudio), no es igual que a la del primer diagnóstico. Quizás una recidiva se viva con un mejor conocimiento y conciencia de la situación por la que ya se ha pasado previamente.

Estos datos no coinciden con los reflejados por el estudio de Pinquart, Frölich y Silbereisen (2007) en el que los pacientes con cáncer tenían mayores puntuaciones en el test PIL que los del grupo control, aunque dicha diferencia se obtuvo sólo en personas más jóvenes. Es decir, las pacientes con cáncer jóvenes encontraban más sentido a la vida que las personas del grupo control. Datos que son muy diferentes a nuestros hallazgos. Nuevamente las diferencias se pueden explicar por tratarse de una localización tumoral diferente, haberse realizado el estudio en otro contexto cultural y a que la media de edad de nuestro estudio es alta y por lo tanto no disponemos de un número suficiente de personas jóvenes para establecer la comparación con las del estudio de Pinquart, Frölich y Silbereisen.

Los datos que hemos encontrado sobre el sentido no coinciden con los hallados por Thomas y Weiner (1974) en pacientes aquejados por enfermedades graves, estos pacientes tienen mayores puntuaciones en el PIL que los de nuestra muestra. Quizás no es comparable la situación de los enfermos con otras enfermedades con la de los enfermos de cáncer de pulmón.

Con respecto a las desviaciones típicas podemos ver que el valor obtenido en nuestro estudio es superior al obtenido en población general y en población clínica, aunque la diferencia es mayor con los resultados de la población general. Parece ser que en nuestra muestra y en población clínica se podrían dar situaciones más extremas de sentido, es decir, que habría más diferencias entre las personas con las puntuaciones más bajas en el PIL y las puntuaciones más altas.

En el caso de nuestra muestra, a pesar de que la media del PIL es inferior, podemos observar que hay personas que encuentran sentido a la vida a pesar de su situación de padecer un cáncer de pulmón, algo que encaja con los planteamientos de la logoterapia, según los cuales es posible encontrar un sentido a la vida en situaciones de sufrimiento (Frankl, 1988, 1990a, 1990b; Lukas, 2002).

En base a los datos obtenidos, podemos plantearnos la necesidad que pueden tener estos pacientes de recibir una ayuda para que el sentido de sus vidas mejore. Sabemos que hay terapias diseñadas específicamente para dicha finalidad como la Logoterapia, pues la meta de la logoterapia es estimular la búsqueda de sentido (Frankl, 1988, 1990a, 1994, 1999b) y la voluntad de sentido (Reker, 1994), u otras de tipo existencial (Yalom, 1984, 2000). Es posible este tipo de terapias sean las más adecuadas en dichos enfermos. Ya han señalado en trabajos anteriores otros autores (Breitbart, 2002; Breitbart et al., 2000, 2004; Greenstein, 2000; Greenstein & Breitbart, 2000; Noguchi et al., 2006; Yalom, 2000) que habría que considerar intervenciones psicoterapéuticas que aborden aspectos existenciales tales como la pérdida de sentido para ayudar a estos pacientes. De hecho ya hay estudios en los que se muestra la utilidad de este tipo de terapias para enfermos oncológicos (Breitbart, 2002; Breitbart et al., 2004; de Vries et. al, 1997; Greenstein & Breitbart, 2000; Yalom, 2000). La psicoterapia de tipo experiencial-existencial se ha relacionado con casos de tumores en los que la supervivencia ha sido mayor de la prevista, con disminución de los sentimientos de soledad, disminución de la depresión y mejora del propósito vital y cambio en el Locus de control hacia un Locus de control más interno (de Vries et. al, 1997).

En consonancia con las ideas mencionadas, Smith (1993) sugiere que el estimular la búsqueda de sentido en la vida puede llegar a incrementar la percepción de dicho sentido, lo que podría suponer una disminución de los síntomas depresivos y que por lo tanto podría ser un área de intervención para aliviar el malestar psíquico de los pacientes.

Puede resultar pertinente hacer estudios de intervención para comprobar la eficacia de dichas psicoterapias en pacientes con tipos de cánceres específicos (como el de pulmón) que no encuentren sentido a sus vidas. Para ello sería preciso hacer una detección precoz de esta problemática y desarrollar estrategias terapéuticas que se consideren adecuadas a sus necesidades.

Por otra parte, parece que el término sentido no acaba de estar bien delimitado y definido por lo que sería conveniente hacer una definición más rigurosa y específica de lo que es el sentido en la que se tuviera en cuenta una concepción global y sus aspectos más específicos, relacionados con situaciones concretas, idea en la que coinciden diferentes autores (Lee, 2004; Park & Folkman, 1997; Thompson & Janigian, 1988).

Cómo encuentran sentido las personas puede variar en función de muchas circunstancias como la edad, nivel cultural, pronóstico, gravedad, sistema cultural de referencia, etc. Aspectos con los que no hemos encontrado relación en nuestro estudio, quizás por el pequeño tamaño de la muestra. Harían falta estudios con muestras más amplias para ver si estas variables pueden influir.

Por otra parte sería conveniente hacer estudios de tipo longitudinal para saber si el sentido se puede modificar a lo largo del tiempo y si las intervenciones psicoterapéuticas pueden hacer que dicho sentido mejore. También sería conveniente hacer estudios prospectivos para saber si el sentido se modifica con el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer de pulmón.

2.4.- OBJETIVO 2.4: DESCRIBIR LA PERCEPCIÓN DEL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO

Parte de la discusión referente a este apartado se ha hecho en la parte de resultados para facilitar la comprensión de la misma en cada una de las preguntas formuladas.

A modo de resumen diremos que más de la mitad de pacientes no encuentran sentido al sufrimiento, que una cifra similar están de acuerdo con que encontrar un sentido al sufrimiento les hace soportar mejor su situación de enfermedad, casi la mitad están de acuerdo

con que la fe les ayuda a encontrar un sentido al sufrimiento, casi la mitad no están de acuerdo con que encontrar un sentido a su vida da sentido al sufrimiento. Con respecto a la pregunta sobre si encontrar un sentido al sufrimiento da sentido a la vida las respuestas entre las tres posibilidades de respuesta (de acuerdo, intermedia y en desacuerdo) son similares.

El no encontrar un sentido al sufrimiento puede hacer que dicho sufrimiento sea mayor que si se encuentra algún sentido (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; Frankl, 1988, 1990b, 1999a, 1999b), por ello, es posible sufran más los pacientes que no lo encuentran.

Parece ser que un factor que probablemente influye también en encontrar sentido al sufrimiento son las creencias religiosas o espirituales, tal y como han señalado diferentes autores (Dull & Skokan, 1995; Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; McIntosh, Silver y Wortman, 1993; Strawbridge et al., 1998). Pero parece que no hay una relación clara entre ambos aspectos, según muchos pacientes de la muestra, pues sólo un 35% de ellos están de acuerdo en que exista dicha relación.

Por otra parte, no encontramos una relación clara entre el sentido de la vida y del sufrimiento. Hay más personas que señalan que el sentido que dan al sufrimiento da sentido a sus vidas que las que señalan una relación inversa.

2.5.- OBJETIVO 2.5: DESCRIBIR LAS CREENCIAS RELIGIOSAS Y/O ESPIRITUALES EN ENFERMOS CON CÁNCER DE PULMÓN

Obtenemos una media de las puntuaciones en el Inventario de Sistemas de Creencias (SBI) que es muy similar a la obtenida en población general estadounidense, aunque nuestros valores están ligeramente por debajo la misma. Estos datos deben verse con cautela pues las características de la población norteamericana con respecto a la religiosidad no tienen por qué ser equivalentes a las de la población española.

En el inventario de preguntas sobre Afrontamiento, sentido y religiosidad encontramos que un 60% de los pacientes refieren utilizar la práctica religiosa para sobrellevar su enfermedad. En otros estudios con otros enfermos de cáncer los pacientes también refieren utilizar aspectos relacionados con la religiosidad para enfrentarse a su situación (Koenig, George y Siegler, 1998; Koenig, Pargament y Nielsen, 1998; Yates et al., 1981; Silberfarb et

al., 1982 y 1991) o refieren que las creencias de tipo religioso son importantes para ellos (Koenig et al., 1992; Rowland, 1989b; Smith, 1993; Stefanek, McDonald y Hess, 2005; Yates et al., 1981).

No hemos hecho ninguna diferenciación entre aspectos positivos y negativos de dichas creencias, algo que se ha diferenciado previamente y ha mostrado diferentes resultados en la relación de las mismas con alteraciones psíquicas (Koenig, Pargament y Nielsen, 1998).

La mayoría de los pacientes refieren ser católicos (90,5%), frente a dos que refieren no tener ninguna religión (4,8%) y otros dos que refieren ser cristianos (4,8%).

Con respecto al nivel de práctica religiosa un 38,1% refieren tener una práctica frecuente (entre una y varias veces por semana), un 35,7 % una práctica escasa y un 26,2 % no realizan ningún tipo de práctica religiosa. Por lo tanto, muchos de los que refieren ser católicos tienen una práctica religiosa escasa o no tienen ningún tipo de práctica religiosa.

Al no tener datos sobre las creencias religiosas antes de la enfermedad no podemos saber si el diagnóstico de cáncer ha generado cambios en las mismas, pues parece ser que las situaciones estresantes pueden hacer que las personas recurran más al uso de la religión en dichas situaciones (Harrison et al., 2001; Smith, McCullough y Poll, 2003) y el cáncer podría ser una de éstas por todos los elementos de estrés que lleva asociados.

3.- OBJETIVO 3: CONOCER LA RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y OTRAS VARIABLES

3.1.- OBJETIVO 3.1: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN

Hemos encontrado en los pacientes de la muestra que hay asociación entre algunas alteraciones psicopatológicas y determinadas estrategias de afrontamiento. En general, las estrategias de afrontamiento que se asocian a psicopatología no son adaptativas. No sabemos si la presencia de psicopatología es la que condiciona el uso de estrategias de afrontamiento

que no son adaptativas o si es la estrategia de afrontamiento la que condiciona la aparición de dicha psicopatología.

En el caso de la depresión, encontramos una asociación negativa entre mayores puntuaciones en escalas de depresión y las estrategias de afrontamiento Reinterpretación positiva y Humor, que se consideran estrategias adaptativas. Se puede comprender que los pacientes con depresión utilicen menos la reinterpretación positiva, ya que las personas con depresión ven con mayor frecuencia los aspectos negativos de cualquier situación y también sabemos que la tendencia a ver más los aspectos negativos de una situación puede acabar generando sentimientos depresivos tal y como han mostrado los enfoques cognitivos de la depresión (Beck, 1986). Estos hallazgos están en sintonía con la idea de Weisman y Worden (1976-1977) de que algunas de las estrategias más efectivas para aliviar el malestar emocional de la situación tenían que ver con encontrar algún factor positivo en la misma, así que es probable que el no encontrar dichos factores positivos se asocie a un peor estado anímico. Taylor (1983) plantea una idea similar al señalar que el buscar aspectos positivos de la situación de enfermedad puede favorecer una adaptación adecuada a la misma y por lo tanto producirse un menor impacto psíquico de la enfermedad.

El menor uso del sentido del humor, en las personas una mayor puntuación en las escalas de depresión, puede tener que ver con la menor tendencia en las personas con ánimo bajo a ver el lado humorístico de cualquier situación, parece menos probable que una tendencia inicial menor a usar el sentido del humor genere depresión, pero sí se ha comprobado que generar cambios en el sentido del humor puede mejorar el estado de ánimo como se ha mostrado con técnicas psicoterapéuticas que fomentan el sentido del humor (Chapman & Chapman-Santana, 1995; Frankl, 1999b).

Por otra parte la depresión se asocia positivamente con el Abandono de esfuerzos de afrontamiento y el afrontamiento Centrado en las emociones y desahogarse. Ambas son estrategias que se han considerado no adaptativas. El Abandono de esfuerzos de afrontamiento se puede comprender dada la tendencia a la pasividad de las personas con depresión y el afrontamiento Centrado en las emociones y desahogarse puede tener que ver con la mayor tendencia de las personas a estar pendientes de sus emociones negativas, aunque no siempre lo manifiesten externamente. El Abandono de esfuerzos de afrontamiento se podría considerar como una estrategia de tipo evitativo (Crespo y Cruzado, 1998). Las

estrategias de tipo evitativo se han asociado a mayor malestar psicológico en otros pacientes oncológicos (Behem y Rodrigue, 1994; Dunkel-Shetter y colaboradores, 1992) o a una peor adaptación psíquica a la enfermedad (Schnoll, Knowles y Harlow (2002). En afrontamiento Centrado en las emociones y desahogarse se ha relacionado con más sentimientos negativos en enfermos oncológicos (Voogt et al., 2004), algo que también se puede asociar con un estado de ánimo depresivo.

Con respecto a la ansiedad hemos encontrado que hay una asociación entre la misma y el afrontamiento mediante Actividades distractoras, el afrontamiento Centrado en las emociones y desahogarse y el Abandono de esfuerzos de afrontamiento. El afrontamiento mediante Actividades distractoras y el Abandono de esfuerzos de afrontamiento se pueden considerar estrategias evitativas (Crespo y Cruzado, 1998) que como se ha señalado previamente se han asociado a un peor estado psíquico en pacientes oncológicos. Todas ellas son estrategias no adaptativas y por lo tanto es comprensible su asociación con la ansiedad.

El único estudio encontrado con el que podemos hacer alguna comparación más directa con el nuestro, con respecto a las relaciones entre afrontamiento y ansiedad y depresión, es el estudio de Carver y colaboradores (1993) en enfermas con cáncer de mama, en el que se encontró una relación positiva entre malestar psicológico (evaluado como medida global que abarca ansiedad, depresión y enfado) y las estrategias de afrontamiento mediante Abandono de estrategias de afrontamiento y la Negación. En el mismo estudio se encontró una relación negativa entre malestar psicológico y las estrategias de afrontamiento mediante Aceptación, Reinterpretación positiva y Humor y. Datos que muestran algunas similitudes con los resultados que hemos obtenido en las relaciones entre afrontamiento y ansiedad y depresión.

Con respecto a la escala de Esquizofrenia del MMPI-2, encontramos una relación positiva entre mayores puntuaciones en la misma y el afrontamiento mediante Búsqueda de actividades distractoras y el afrontamiento Centrado en las emociones y desahogarse. Estrategias que ya se ha señalado que no son adaptativas. No conocemos estudios previos que establezcan este tipo de relación. Es comprensible en base a las características de los síntomas de la esquizofrenia, que éstos se asocien a actividades distractoras. Resulta más extraño que mayores puntuaciones en esta escala se asocien a estar centrado en las emociones y desahogarse, dadas las dificultades para identificar las propias emociones y expresarlas en las

personas con esquizofrenia. No obstante, hay que considerar que esta escala no nos da un diagnóstico de esquizofrenia, sino la presencia de síntomas que se pueden dar en este trastorno.

Las del MMPI-2 *Psicastenia* y *Obsesión* se asocian a Búsqueda de actividades distractoras. Nuevamente vemos la relación entre psicopatología y una estrategia de afrontamiento no adaptativa. Ambas escalas del MMPI-2 tienen que ver con sintomatología obsesiva, es posible que los pacientes con estos síntomas busquen evitar pensar en lo que les está sucediendo, por su tendencia a darle a todo una excesiva importancia. No hemos encontrado estudios en los que se busque relación entre estas variables y por lo tanto no podemos hacer comparaciones con nuestros datos.

La escala del MMPI-2 *Hipomanía* se asocia con Esfuerzos para solucionar la situación, Humor, Búsqueda de apoyo social y Búsqueda de actividades distractoras. Sólo la última se podría considerar no adaptativa, pero también sabemos que se ha señalado (Bayés, 2006) que las estrategias adaptativas se pueden diferenciar de las no adaptativas en función de sus consecuencias positivas o negativas para el sujeto que las utiliza, planteamiento que es similar al de Hamburg y Adams (1967) que señalan que estrategias de afrontamiento son más adecuadas si mantienen el malestar psíquico dentro de límites manejables, mantienen la autoestima, mantienen las relaciones con personas significativas de una forma adecuada, llevan a la persona a acciones para recuperar su salud física e incrementan la probabilidad de mantener una personalidad valorada y aceptada socialmente después de haberse recuperado físicamente. En el caso de los síntomas de la hipomanía y la manía, el significado de las estrategias, que se suelen considerar adaptativas, puede ser diferente y tener consecuencias no adaptativas. Sabemos que las personas que presentan estas alteraciones se muestran muy activas y por lo tanto se pueden dedicar a esforzarse en solucionar los problemas (siendo en este caso los resultados de los esfuerzos poco productivos), utilizar el sentido del humor por existir un estado de ánimo exaltado y buscar apoyo social por aumento de la sociabilidad como consecuencia del estado hipomaniaco o maniaco y con posibles dificultades en la interacción con los demás. Tampoco tenemos parámetros de comparación con otros estudios con enfermos de cáncer con estas variables.

Planteando una visión global de los datos expuestos en este apartado, podríamos concluir que la interacción entre ambos tipos de variables (alteraciones psicopatológicas y estrategias de afrontamiento) sea bidireccional con una influencia recíproca de unas sobre

otras y que la posibilidad de que una estrategia sea no o adaptativa puede variar en función de las consecuencias psíquicas de la misma. Dado que nuestro estudio es transversal, no podemos establecer relaciones de causalidad ni sobre la dirección en la que se producen dichas interacciones. Para ello serían precisos estudios de tipo longitudinal y experimental en los que se pudiera modificar alguna de las variables para ver su influencia en las demás.

Es probable que la intervención en uno de ambos campos sea de utilidad para favorecer un mejor funcionamiento en el otro. Puede que el estimular estrategias de afrontamiento más adaptativas y disminuir el recurrir a las no adaptativas, desde un enfoque cognitivo-conductual pueda ser una estrategia útil para ayudar a estos enfermos en aspectos relacionados con el afrontamiento de su enfermedad. A su vez el tratar las alteraciones psicopatológicas existentes en estos enfermos puede favorecer que haya un tipo de afrontamiento más adaptativo. Nuevamente, llegamos a la conclusión de la importancia de hacer abordajes integradores para tratar las diferentes dimensiones que pueden sufrir alteraciones en este tipo de enfermos.

3.2.- OBJETIVO 3.2: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y LOCUS DE CONTROL

Se ha hallado sólo asociación significativa entre Locus de control más externo y las subescalas de *Hipocondría* e *Histeria* del MMPI-2. Las personas con rasgos hipocondríacos dan excesiva importancia a síntomas somáticos que alteran su vida diaria y por lo tanto se dejan condicionar por circunstancias externas que escapan a su capacidad de control. En el caso de las personalidades con rasgos histéricos también podemos apreciar la excesiva dependencia del efecto que producen en el entorno exterior y por lo tanto su poca capacidad de control autónomo.

La asociación encontrada es comparable a los datos obtenidos en enfermos psiquiátricos y un grupo control por Sivley & Johnson (1965) en el que se encontró relación negativa entre Locus de control interno con las subescalas de *Hipocondría*, *Depresión*, *Paranoia*, *Psicastenia* y *Esquizofrenia* del MMPI. Pero la asociación hallada en nuestra muestra sólo coincide en la escala de *Hipocondría*.

Hay dos estudios, con enfermos de cáncer (Burguess, Morris y Pettingale, 1988; Osowiecky y Compas, 1999) en el que se encuentra relación entre menores alteraciones psicopatológicas y un Locus más interno, pero en dichos estudios los datos se refieren a ansiedad y depresión. No encontramos la relación que han hallado otros autores entre Locus de control y depresión en enfermos con cáncer (Grassi et al., 1997) o en población general (Beekman et al., 2000; Burger, 1984; Ganellen & Blaney, 1984;; Taylor & Armor, 1996) y entre Locus de control y ansiedad también en enfermos de cáncer (Kretiler et al., 1997). En nuestro estudio no hemos hallado dichas relaciones, tal vez por tratarse de una muestra pequeña o por darse en enfermos con una localización tumoral diferente a la de los estudios citados y en un contexto cultural distinto al de dichos estudios.

Como se ha señalado anteriormente, se ha encontrado relación entre mejor salud mental y un Locus de control más interno; la percepción de control en una situación se considera un factor modulador del estrés. A mayor percepción de control habría más capacidad de manejar una situación estresante de manera adecuada y por ello sería deseable que el Locus de control sea lo mas interno posible (Dohrenwend & Martin, 1979; Ganellen & Blaney, 1984).

Se ha sugerido en la literatura que una terapia que cambie la percepción de control hacia un control más interno puede ser útil para las personas con depresión (Burger, 1984), con otras alteraciones psíquicas (Furnham & Steele, 1993) o incluso para tratar alteraciones psíquicas en pacientes oncológicos (Bárez, Blasco y Castro, 2003) o para favorecer una mejor adaptación a la situación (Bárez, Blasco y Castro, 2003; Bárez Villoria, 2002).

Por lo tanto, es posible que las estrategias psicoterapéuticas dirigidas a favorecer un Locus de control más interno pueda ser de utilidad para los pacientes con cáncer de pulmón, pues hay datos que señalan una relación entre un mejor estado psíquico y un Locus de control más interno (Beekman et al., 2000; Burger, 1984; Dohrenwend & Martin, 1979; Furnham & Steele, 1993, Ganellen & Blaney, 1984, Osowiecky & Compas, 1998; Sivley & Johnson, 1965; Taylor & Armor, 1996; Tomich & Helgeson, 2002).

3.3.- OBJETIVO 3.3: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y SENTIDO DE LA VIDA

En el presente trabajo encontramos relaciones significativas entre sentido de la vida y alteraciones psicopatológicas en los pacientes de la muestra. Encontramos una asociación negativa entre un mayor sentido de la vida y depresión; datos que coinciden con los resultados obtenidos en otros estudios con pacientes oncológicos (Barkwell, 1991; Kroeff, 1999; Noguchi et al., 2006; Smith et al., 1993).

También encontramos una relación negativa entre mayor sentido de la vida y ansiedad al igual que se ha hallado en otros estudios con enfermos oncológicos (Lewis, 1989; Noguchi et al. 2006).

Además, encontramos asociación negativa entre mayor sentido y las escalas del MMPI-2 de *Hipocondría*, *Histeria*, *Desviación psicopática* e *Introversión social*. No podemos comparar estos datos con estudios previos pues no se han realizado previamente con estas mismas variables e instrumentos en este tipo de pacientes o en otros tipos de muestra. Estos datos sí encajan con los referidos por Yalom (1984) en los que se encuentra relación entre más alteraciones psicopatológicas y menor percepción de sentido de la vida. Yalom (1984) también hace referencia a la relación que se ha encontrado entre mayor introversión social y menor sentido en la vida.

La pregunta que surge ante estos datos es si la falta de sentido es el origen de las alteraciones psicopatológicas o bien dichas alteraciones influyen en la percepción de sentido de la vida. Es probable que la falta de sentido sea un síntoma de depresión o de una crisis espiritual o existencial y es importante saber diferenciar ambos aspectos para hacer un abordaje terapéutico adecuado (Murray et al, 2004). En función de los datos que hemos obtenido y el tipo de estudio realizado es imposible establecer relaciones causales y saber cuál es la dirección de la interacción. Parece que lo más lógico es suponer que la relación entre ambos aspectos es de tipo bidireccional, es decir, el que el sentir que la vida tiene menos sentido puede influir en la aparición de diferentes alteraciones psíquicas y a su vez la existencia de diferentes alteraciones psíquicas puede distorsionar y alterar la percepción de sentido de la vida. Algo que a su vez puede estar condicionado por el nivel de distorsión cognitiva de trastornos psíquicos como la depresión (Beck, 1986).

La cuestión que quedaría pendiente tendría que ver con cuál sería la intervención más adecuada para ayudar a los enfermos a encontrar más sentido en sus vidas. Es posible que una

intervención centrada en el sentido como la logoterapia o la psicoterapia existencial puedan ser de ayuda para paliar y tratar el sufrimiento psíquico de estos enfermos tal y como ya han señalado diversos autores (Noguchi et al., 2006; Breitbart, 2002; Yalom, 2000). Ya hay trabajos que muestran la utilidad del enfoque de la logoterapia y enfoques de tipo existencial en pacientes oncológicos que aportan datos alentadores (Breitbart, 2002; Breitbart et al., 2004; de Vries et. al, 1997; Greenstein & Breitbart, 2000; Yalom, 2000).

Sería conveniente realizar estudios con muestras más amplias de pacientes y de tipo longitudinal para establecer las posibles relaciones causales entre estas variables. También sería conveniente realizar estudios de intervención para establecer si la psicoterapia de tipo existencial es un tratamiento eficaz para los pacientes con esta enfermedad, y especialmente para los que no encuentran sentido a su vida y muestran alteraciones psicopatológicas. ¿Sería posible que a través de estas terapias mejorase la psicopatología? También deberíamos preguntarnos si el tratamiento adecuado de las alteraciones psicopatológicas modifica la percepción del sentido, quizás sea adecuado realizar estudios rigurosos sobre estos temas para conocer las manera en la que se produce una relación entre alteraciones psicopatológicas y sentido de la vida.

3.4.- OBJETIVO 3.4: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y PERCEPCIÓN DEL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO

Más de la mitad de los pacientes que participan en el presente estudio, están de acuerdo con que el sufrimiento no tiene ningún sentido. Hemos encontrado que hay una relación estadísticamente significativa entre no encontrarle sentido al sufrimiento y una mayor puntuación en escalas de depresión.

Ya han señalado diferentes autores que el no hallarle un sentido al sufrimiento puede suponer que dicho sufrimiento sea mayor (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; Frankl, 1988, 1990b, 1999a, 1999b) y por lo tanto aumente el riesgo de que las personas se depriman. Si una persona que sufre no encuentra sentido a lo que le está pasando es posible que su percepción del sufrimiento sea mayor y que le resulte más insoportable lo que le está sucediendo. Esta situación puede tener como consecuencia un empeoramiento de su estado de ánimo.

3.5.- OBJETIVO 3.5: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y CREENCIAS RELIGIOSAS Y/O ESPIRITUALES

En el presente trabajo no se han hallado relaciones entre alteraciones psicopatológicas y creencias (medidas con el SBI), ni entre dichas alteraciones y nivel de práctica religiosa.

Estos datos coinciden con hallazgos de otros trabajos con enfermos de cáncer (Nelson et al., 2002; Williams et al., 1991). Pero hay más trabajos en los que sí se encuentra dicha relación (Acklin, Brown y Mauger, 1983; Holland et al., 1998; Kaczorowski, 1989; Koenig y et al., 1992; Smith et al., 1993; Williams et al., 1991; Yates et al., 1981), por lo que es posible que dicha relación exista y no la hayamos encontrado por el pequeño tamaño de la muestra u otros factores que desconocemos, pues las relaciones entre ambas variables pueden ser complejas.

4.- OBJETIVO 4: CONOCER LA RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y OTRAS VARIABLES

4.1.- OBJETIVO 4.1: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE EL ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN Y LOCUS DE CONTROL

Se ha encontrado que los enfermos con un Locus de control más externo utilizan con mayor frecuencia el afrontamiento mediante Abandono de esfuerzos de afrontamiento. Una estrategia que se considera no adaptativa y de tipo evitativo. Estos datos son similares a los obtenidos por Arraras y colaboradores (2002) que encontraron asociación entre afrontamiento mediante evitación (un tipo de afrontamiento en el que se incluye el Abandono de esfuerzos de afrontamiento) y un Locus de control más externo

El Locus de control medio se ha relacionado con afrontamiento mediante Crecimiento personal, habiendo puntuaciones más elevadas en esta estrategia, que se considera adaptativa que entre los que tienen un Locus más externo, también la realizan más los que tienen un Locus de control interno (pero sin diferencias significativas entre éstos y los que tienen un Locus medio o externo. Parece que una mayor externalidad se asocia a un menor uso de la estrategia de afrontamiento Crecimiento personal, que se considera una estrategia adaptativa.

Los pacientes con un Locus más interno y medio han usado más el afrontamiento mediante Reinterpretación positiva que los que tenían un Locus externo. Una estrategia de afrontamiento que se considera también adaptativa.

Se ha encontrado en un estudio anterior, con población general, una asociación negativa entre Locus interno de control y la subescala del COPE de Centrarse en las emociones y desahogarse (Carver, 1989); relación que no encontramos en el presente trabajo.

De estos datos podemos deducir que las personas con un Locus de control más interno usan más alguna estrategia adaptativa y las personas con un Locus de control más externo recurren una estrategia que es menos adaptativa. Tal y como ya señalaron Lazarus y Folkman (1986) la incertidumbre de una situación estresante puede limitar el sentido de control, lo cual repercute en que el estrés percibido sea mayor y por lo tanto se modifiquen las estrategias de afrontamiento utilizadas. En general, una mayor percepción de un mayor control sobre una situación se relaciona con una mejor capacidad para afrontarla (Carver et al., 1989, 2000; Ganellen & Blaney, 1984; Merluzzi & Martínez, 1997; Taylor, Lichtman y Wood, 1984). Con respecto al cáncer, ya se ha encontrado previamente la relación entre percepción de control y un mejor afrontamiento (Carver et al., 1989, 2000; Merluzzi & Martínez, 1997; Stone y Porter, 1995; Taylor et al., 1984) y por lo tanto con el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas (Osowiecki & Compas, 1999).

En base a los datos obtenidos en nuestro estudio suponemos que la influencia la tiene el Locus de control en el afrontamiento y no al revés, ya que el Locus de control es una variable relativamente estable de la personalidad (Rotter, 1966) que si se modifica menos que las estrategias de afrontamiento, que por definición tienen a ser cambiantes.

Los datos obtenidos, en relación con el objetivo señalado, nos sugieren que es posible, que el fomentar un Locus de control más interno en estos pacientes, mediante una intervención psicoterapéutica pueda ayudarles a utilizar estrategias de afrontamiento más adaptativas. Evidentemente, para averiguar dicha posibilidad serían precisos estudios con más pacientes, en los que realizaran intervenciones psicoterapéuticas en las que se trabajara con los parámetros señalados. En función de las características del constructo Locus de control sería conveniente aplicar una psicoterapia de tipo cognitivo-conductual para fomentar un

Locus de control más interno. Por otra parte parece ser que la psicoterapia de tipo experiencial-existencial ha generado cambio en el locus de control hacia un locus de control más interno (de Vries et. al, 1997) y por lo tanto también podría ser útil para favorecer un tipo de Locus de control más interno.

4.2.- OBJETIVO 4.2: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN Y SENTIDO DE LA VIDA

Hemos encontrado en los pacientes de la muestra una asociación estadísticamente significativa, entre mayor sentido de la vida y afrontamiento basado en la Reinterpretación positiva de la situación. Esta asociación parece lógica ya que la búsqueda de sentido se ha relacionado en estos enfermos con buscar elementos positivos de la situación que están pasando tal y como han reflejado numerosos trabajos previos (Barthe, 1997; Bayés, 1991; Carter, 1993; Carver & Antoni, 2004; , 1991, 1997; Degner et al., 2003; Fife, 1994, 1995; Kennedy et al., 1976; Kroeff, 1999; Lechner et al., 2003; Mahon, Cella y Donovan, 1990; Mahon & Casperson, 1997; O'Connor et al., 1990; Salmon, Manzi y Valori, 1996; Taylor EJ, 2000; Taylor SE, 1983; Taylor SE et al., 1984; Urkuyo et al., 2005; Vastyan, 1984; Yalom, 1984). Ya hemos señalado en la revisión teórica la relación entre el sentido atribuido a una situación determinada y el sentido de la vida (Frankl, 1988, 1990a, 1990b 1999a, 1999b; Fife, 1994; Henrion, 1983; Steeve, 1992; Park y Folkman, 1997; Yalom, 1984).

No hemos encontrado relación entre las demás estrategias de afrontamiento utilizadas y el sentido de la vida.

Tanto la reinterpretación positiva como la mayor percepción del sentido de la vida, se han asociado negativamente, en el presente trabajo, con depresión. Es posible que esto tenga que ver con que hay mecanismos psicológicos relacionados entre sí que median en el efecto del la reinterpretación positiva y el sentido en la aparición de sintomatología depresiva.

Sobre la relación existente entre sentido y afrontamiento, ya se ha señalado la importancia que tiene la interpretación de la situación que se está viviendo en la manera de

afrontarla (Lazarus & Folkman, 1986); dicha interpretación está muy cercana al concepto de sentido (Lee, 2004). Ciertos modelos teóricos sobre el proceso de afrontamiento o la adaptación tras una situación dolorosa o estresante han enfatizado que encontrar sentido juega un papel crítico en la adaptación adecuada a dicha situación (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; Frankl, 1988, 1990a, 1990b; Janoff-Bulman, 1992; Moos & Schaefer, 1986; Taylor, 1983, 1984). Por ello, sería conveniente indagar con más profundidad en la relación entre ambos aspectos en los enfermos de cáncer, ya que la muestra del presente estudio es pequeña y con un estudio transversal no es posible llegar a conclusiones sobre causalidad.

No se han encontrado estudios en los que se estudie específicamente la relación entre sentido de la vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer. El único estudio con el que podemos hallar alguna similitud es el de (Schnoll, Knowles y Harlow, 2002) con enfermas con cáncer de mama, en el que encontró relación entre mayores puntuaciones en el test PIL y una mejor adaptación a la situación. La mayoría de los estudios existentes que relacionan afrontamiento con sentido en enfermos de cáncer, relacionan dicho afrontamiento con el significado o sentido atribuido a la enfermedad; en estos estudios, la asociación entre ambas variables es positiva (Fife, 1995; Steeves, 1992; Taylor SE, 1983).

Tal y como indican Moadel y colaboradores (1999) son necesarios más estudios sobre las interrelaciones entre necesidades existenciales y la adaptación al cáncer; que a su vez estaría relacionada con su afrontamiento.

4.3.- OBJETIVO 4.3: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN Y CREENCIAS RELIGIOSAS Y/O ESPIRITUALES

Hemos encontrado solamente asociación significativa entre el afrontamiento mediante la Religión y las dos subescalas del SBI, de lo que podemos deducir que las personas personas de nuestra muestra que tienen creencias religiosas, recurren con frecuencia a las mismas para afrontar su enfermedad.

Nuestros datos son similares a estudios previos en los que se ha encontrado en estudios previos que los pacientes oncológicos recurren con frecuencia a sus creencias religiosas para afrontar su enfermedad (Carver et al., 1993; Brandt, 1987; Gall & Cornblat, 2002; Halstead &

Hull., 2001; Holland et al., 1999; Koenig et al., 1992; Musick, 1998; Silberfarb et al., 1991; Stefanek, McDonald y Hess ,2005; Smith, McCullough y Poll, 2003; Strang & Strang, 2001; Taylor, 2001).

No hemos encontrado relación de las creencias religiosas con otras estrategias de afrontamiento en estos enfermos.

En el inventario de preguntas sobre Afrontamiento, sentido y religiosidad encontramos que un 60% de los pacientes refieren utilizar la práctica religiosa para sobrellevar su enfermedad. En otros estudios con otros enfermos de cáncer los pacientes también refieren utilizar aspectos relacionados con la religiosidad para enfrentarse a su situación (Koenig, George y Siegler, 1998; Koenig, Pargament y Nielsen, 1998; Yates et al., 1981; Silberfarb et al., 1982 y 1991).

No sabemos si el uso del afrontamiento mediante la religión es una estrategia adaptativa o no adaptativa, es posible que unas personas la usen de manera adaptativa y que otras personas la usen de manera no adaptativa, utilizándola por ejemplo para evadirse de la realidad (Dunkel-Shetter y colaboradores, 1992) o centrándose en aspectos más negativos de las creencias religiosas como los sentimientos de culpa, el miedo a Dios, etc. Sin embargo, hay trabajos como el de Holland y colaboradores (1999) que han encontrado una relación positiva entre mayores puntuaciones del SBI y un afrontamiento más activo de la enfermedad en enfermos con melanoma maligno. Harían falta más estudios en este tipo de enfermos y en personas que se enfrentan a otras situaciones estresantes para tratar de clarificar las relaciones entre estas variables; en dichos estudios sería importante diferenciar distintos tipos de afrontamiento relacionados con la religión y tratar de comprobar si se usan o no de manera adaptativa en función de sus repercusiones en el estado psíquico del individuo. También sería importante contar con estudios longitudinales para comprobar cómo varía este tipo de afrontamiento a lo largo del tiempo e investigar con más minuciosidad cómo pueden influir diferentes variables en el mismo.

5.- OBJETIVO 5: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y OTRAS VARIABLES

5.1.- OBJETIVO 5.1: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y PERCEPCIÓN DEL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO

Se ha encontrado en el presente estudio una asociación estadísticamente significativa entre no hallar sentido al sufrimiento y menor sentido de la vida. Estos datos se corresponden con las teorías que suponen una relación entre ambos aspectos (Frankl, 1988, 1990a, 1990b, 1999b; Polaino-Lorente, 1993; Yalom, 1984). Sin embargo, cuando se pregunta a los pacientes de la muestra por la relación que encuentran entre ambas variables, no hay muchos que se muestren de acuerdo en dicha relación, quizás esto se deba a que cada uno hace su interpretación subjetiva de lo que es el sentido de la vida y del sufrimiento. Dicha interpretación subjetiva no tiene por qué corresponder por ejemplo con los datos que se buscan con el test PIL y por este motivo, pueden haberse obtenido estos resultados aparentemente contradictorios.

Sugerimos de cara a estudios posteriores, la conveniencia de explicar a los pacientes las definiciones de estos términos para poder determinar que estamos valorando lo que realmente estamos queriendo valorar y no que estamos hablando de cosas distintas con las mismas palabras.

5.2.- OBJETIVO 5.2: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y CREENCIAS RELIGIOSAS Y/O ESPIRITUALES

No se ha hallado relación entre sentido de la vida y creencias religiosas tal y como reflejan los datos de algún estudio previo con pacientes oncológicos (Thompson, 1996). Hay otros estudios sí se ha hallado dicha relación en este tipo de pacientes (Albaugh, 2003; Smith, 1993), que también se ha planteado desde una perspectiva teórica (Frankl, 1988, 1990a, 1990b, 1999a, 1999b; Längle, 2005; Moadel et al., 1999; Taylor, 1993b, 2003). Por otra parte, en algunos estudios, los pacientes han identificado el sentido de la vida como una necesidad espiritual (Frankl, 1988, 1990a, 1990b, 1994, 1999a, 1999b; Längle, 2005; Moadel et al., 1999; Reed, 1991; Siegel, 1995; Monge y León, 1999; Taylor, 1993b, 2003), de ahí que se suponga también una relación entre ambas dimensiones.

Es posible que el pequeño tamaño de la muestra haya condicionado este resultado o que el hecho de que los pacientes tengan valores más bajos de sentido que la población

general pueda condicionar los resultados. También es posible que como el sentido de la vida puede encontrarse por muchas vías, sea difícil determinar la relación entre sentido de la vida y cualquiera de dichas vías con una población tan pequeña. Además, como afirma Frankl (1988, 1990a, 1999a) no siempre en sentido tiene que ver con las creencias, aunque esta sea una vía posible de sentido para algunas personas, así que no tenemos por qué encontrar siempre una relación entre religiosidad y sentido de la vida.

En función de estos datos, sugerimos que sería conveniente realizar estudios con más pacientes en grupos homogéneos y en población general para establecer si dicha relación se da o no. La utilidad de evaluar la citada relación tendría que ver con considerar si es necesario evaluar y abordar aspectos relacionados con las creencias dentro de un abordaje psicoterapéutico relacionado con estimular la búsqueda de sentido.

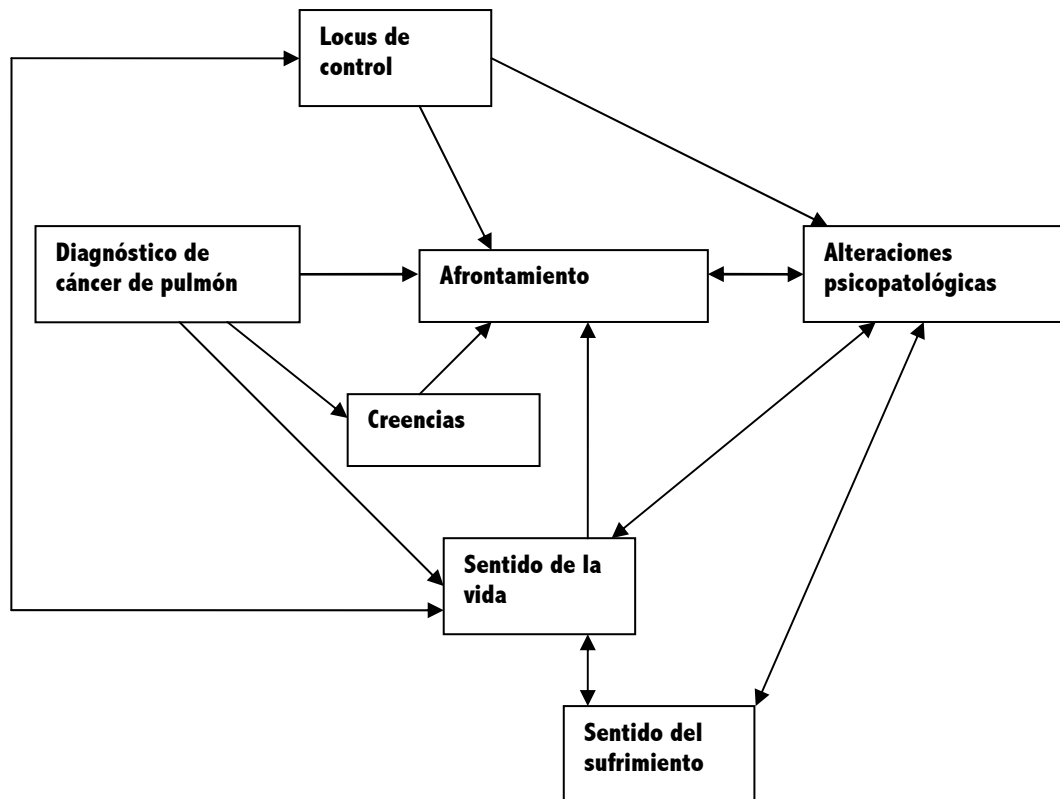
5.3.- OBJETIVO 5.3: CONOCER SI HAY RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE LA VIDA Y LOCUS DE CONTROL

Se ha encontrado en el presente trabajo que hay diferencias estadísticamente significativas entre los enfermos con Locus de control más interno y más externo en relación con el sentido de la vida. Los que tienen un Locus de control más interno encuentran más sentido a la vida que los que tienen un Locus de control más externo. Estos datos se corresponden con los resultados obtenidos por Pinguart, Frölich y Silbereisen (2007) en pacientes oncológicos, en los que encontraron una asociación significativa entre menor sentido de la vida y Locus de control más externo (aunque en este caso el Locus medido era el Locus de control de salud, que tiene algunos matices diferentes al de Rotter, pero tiene los mismos fundamentos teóricos).

Esta idea encaja con la idea de sentido de la vida de Frankl (1988, 1990a, 1990b, 1994, 1999a, 1999b) relacionada con una asunción de libertad y responsabilidad personales, dimensiones de la persona que están íntimamente unidas a la toma de conciencia de la parte de la vida que uno es capaz de controlar y manejar por sí mismo. En base a esta idea, es posible que sea cierto lo que afirma Phillips (1980) de que el test PIL mide en gran medida un Locus percibido internamente del refuerzo psicológico.

6.- VISIÓN GENERAL

En función de los datos referidos y la discusión planteada, podemos ver que no se hemos encontrado todas las asociaciones planteadas en las hipótesis iniciales. Por lo tanto, el gráfico de interacciones propuesto inicialmente quedaría tal como mostramos a continuación:



7.- LIMITACIONES DEL PRESENTE ESTUDIO

Este estudio presenta numerosas limitaciones que hay que tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados. A continuación señalamos las que consideramos más importantes:

1.- El tamaño de la muestra de pacientes es pequeño. Ha sido difícil conseguir la participación en el mismo de los pacientes por el elevado número de variables recogidas, pues era preciso que dedicaran tiempo y esfuerzo a contestar a todos los cuestionarios, algunos con

numerosas preguntas como el MMPI-2. Esto ha supuesto que haya una proporción elevada de personas que no han querido participar en el estudio, entre las que se les ha propuesto. Aunque nuestra muestra es pequeña, se ha obtenido la muestra con pacientes de diferentes hospitales tal y como recomiendan Cella y colaboradores (1989) lo que hace que los resultados obtenidos sean más generalizables que los que se obtienen de un solo hospital, no obstante hay que tener en cuenta que el grupo de pacientes de cada hospital es pequeño y por lo tanto no establecemos comparaciones entre dichos grupos.

2.- Contamos con los datos de un determinado tipo de pacientes con cáncer de pulmón y no de todos los tipos de pacientes con esta enfermedad en estadios III y IV. Es posible que los pacientes que han aceptado participar en el estudio estuvieran con menores alteraciones psíquicas y físicas que aquellos que no quisieron participar, o abandonaron el estudio. También es posible que decidieran participar aquéllos que se sentían más necesitados de ayuda psicológica. Además también han quedado fuera aquellos con una actitud de negación o de falta de conocimiento sobre su diagnóstico a los que también habría que valorar para tener en cuenta su reacción psíquica ante la enfermedad. Estos hechos suponen limitaciones a la hora de extrapolar los datos a toda la población de pacientes con cáncer de pulmón.

3.- No se han recogido los datos de todos los pacientes entrevistados ni los motivos por los que han rehusado a participar o han sido descartados al no cumplir los criterios de inclusión. Consideramos que recoger estos datos sería conveniente en futuros trabajos para una mejor comprensión de las diferencias entre los pacientes que participan o no en los estudios y para saber la proporción de pacientes que no cumplen los criterios de inclusión.

4.- Aunque se han descartado a pacientes que hayan estado previamente en tratamiento psiquiátrico, para tratar de detectar alteraciones psíquicas posteriores a la enfermedad, no es posible saber si hay casos de personas con esta enfermedad que tengan trastornos psiquiátricos sin diagnosticar previamente.

5.- Hay que ser muy prudentes con los datos obtenidos en las comparaciones entre hombres y mujeres ya que el número de mujeres (n=10) es mucho menor que el número de hombres (n=30) entre los pacientes de la muestra. Por este motivo también consideramos importante hacer estudios con muestras mayores de pacientes con cáncer de pulmón.

6.- El estudio cuenta con un gran número de variables, lo que pueden suponer mayor confusión a la hora de interpretar los datos o incluso a la hora de que el paciente conteste a los cuestionarios por verse abrumado por demasiadas preguntas. No obstante, lo hemos considerado conveniente para hacer una valoración lo más integral posible de estos enfermos.

7.- Hemos hecho un estudio transversal, por lo que no se pueden establecer relaciones causales entre las variables. Sería conveniente hacer estudios longitudinales y de tipo experimental que tuvieran en cuenta las variables que hemos considerado en nuestro trabajo, para poder evaluar mejor las reacciones psicológicas de estos enfermos, su evolución y las relaciones causales entre diferentes variables; así como los efectos de diferentes tratamientos en las alteraciones psicopatológicas o en la falta de sentido de la vida.

8.- No se ha determinado con exactitud la fase psicológica en la que se hallaba el paciente con respecto a su enfermedad, aunque sí se ha evitado la primera fase tras el diagnóstico en la que es más posible que haya una negación total o parcial.

9.- El COPE se ha diseñado para evaluar el afrontamiento de todo tipo de situaciones estresantes y no específicamente de la situación de padecer un cáncer. Es posible que haya estrategias de afrontamiento específicas del cáncer que no mida este cuestionario y por lo tanto no las hayamos detectado en el presente trabajo. Andreu y Galdón (1989) plantean también el problema de la aplicabilidad de unos instrumentos para poblaciones diferentes para las que fueron diseñadas.

10.- No se ha evaluado si son fumadores o exfumadores, cuando se sabe que hay un elevado porcentaje de pacientes con dependencia de nicotina entre estos enfermos (Akechi, 2001). En relación con este tema sería conveniente evaluar los sentimientos de culpa asociados a que el hábito de fumar haya generado su enfermedad y tratar de buscar relaciones entre los mismos y diversas alteraciones psicopatológicas.

11.- No podemos establecer un diagnóstico psiquiátrico preciso en base a los instrumentos usados. Para ello sería conveniente realizar estudios en los que se utilizaran entrevistas estructuradas o semiestructuradas para evaluar si los pacientes cumplen criterios diagnósticos DSM o CIE de sufrir algún trastorno mental.

12.- Se han recogido pocos datos sobre los factores médicos de la enfermedad como el tipo histológico del cáncer de pulmón, pronóstico, fase de tratamiento, dolor, comorbilidad con otras enfermedades o estado físico general. Serían conveniente recoger estos datos en futuros estudios pues se ha hallado relación entre peor estado físico y mayores alteraciones psicopatológicas en enfermos de cáncer de pulmón (Hopwodd & Stephens, 2000; Kurtz et al., 2002; Stommel et al., 2001), aunque dicha relación no se ha encontrado en otro trabajo (Akechi et al., 1998). No obstante, podemos señalar que los pacientes participantes en nuestro estudio se hallaban en estado funcional que no estaba demasiado alterado por la enfermedad, pues eran pacientes en tratamiento ambulatorio o que estaban ingresados por espacios breves de tiempo para realizar pruebas o tratamientos y sin demasiados síntomas físicos y por lo tanto con un estado físico que les permitía dedicar tiempo a contestar a todos los cuestionarios.

13.- No se ha recogido información sobre otros factores estresantes, diferentes al cáncer, que puedan estar repercutiendo en el estado psíquico de los enfermos y puedan actuar como variables de confusión.

14.- No sabemos si el nivel de creencias religiosas de los enfermos es o no diferente de la población general española. Al no haber datos de referencia en población española no podemos saber si estos datos difieran o no de los de la población general española. Por este motivo sería conveniente realizar estudios en población española con el cuestionario SBI para establecer cuál es el nivel de creencias evaluado por este cuestionario en población española.

A pesar de las limitaciones señaladas, hemos considerado necesario llevar a cabo este trabajo para tener en cuenta un enfoque multidimensional sobre las variables referidas en un grupo lo más homogéneo posible de enfermos de cáncer que pueda servir para encontrar orientaciones para investigaciones futuras y para llevar a cabo tratamientos más globales de estos enfermos. El tratar de evaluar tantas dimensiones en estos pacientes es una tarea muy compleja pero necesaria de cara a un abordaje multidisciplinar.

8.- RECOMENDACIONES FUTURAS

En base a los datos obtenidos y a las limitaciones señaladas consideramos conveniente hacer una serie de recomendaciones, adicionales a las ya señaladas en el apartado anterior, para estudios futuros o actuaciones futuras con estos enfermos. Dichas recomendaciones las exponemos a continuación:

1.- Sería conveniente hacer estudios con grupos más amplios, instrumentos que se puedan completar en menos tiempo, hacer subgrupos en función de la fase psicológica en la que se encuentran (en función del momento inicial del diagnóstico, que no tendrá una duración idéntica en todos los individuos y tener en consideración que no es igual la fase inicial del diagnóstico o el momento en que se detecta una metástasis o cuando se está ya en fase terminal) (Andreu y Galdón, 1989; Cella et al., 1989).

2.- Sería conveniente estudiar las relaciones entre las variables estudiadas en otros tipos de cánceres, en otras enfermedades somáticas que también se pueden vivir como situaciones estresantes o incluso con otras situaciones estresantes de la vida de las personas, para tratar de comprobar si hay diferencias o semejanzas entre estos grupos en la forma de responder ante las diferentes situaciones. Es posible que el estudio del afrontamiento del cáncer podría ser de interés para comprender las reacciones de afrontamiento ante los estresores de la vida (Rowland, 1989b).

3.- Andreu y Galdón (1989) señalan que ya son numerosos los estudios en los que se establece la comparación con un grupo control de sujetos sanos y que parece ser que los pacientes con cáncer son sujetos “normales” bajo un evento estresante por lo que en teoría resultaría innecesario seguir estableciendo comparaciones con dicho grupo de referencia, aunque sí podría ser conveniente, como ya se ha señalado comparar los tipos de afrontamiento entre el cáncer y otras enfermedades y situaciones estresantes y la relación del mismo con las otras variables señaladas. Los mismos autores consideran más adecuado hacer una comparación entre los sujetos mejor y peor ajustados a la situación para conocer los mecanismos psíquicos de cada grupo y facilitar la posibilidad de hacer una intervención más eficaz

4.- Sería importante contar con grupos mayores de un rango de edad determinada, porque no es igual la reacción en alguien de 30 años que de 60 por el momento del ciclo vital en el que se encuentran (Cella et al., 1989).

5.- Sería importante tener en cuenta otras variables como la resiliencia que se han asociado con una mayor percepción de sentido de la vida (Kroeff, 1999).

6.- Es importante detectar precozmente a los pacientes más vulnerables de cara a prevenir cuadros ansiosos y/o depresivos resultado del estrés de padecer un cáncer.

7.- No queda claro el papel de las creencias religiosas ante la situación de padecer esta enfermedad, pues muchos pacientes refieren cuando se les pregunta directamente que su situación ha aumentado en sus creencias y prácticas religiosas, y que además las creencias influyen en dar sentido a sus vidas y al sufrimiento. Ya hemos señalado estudios en los que sí se halla relación entre creencias religiosas y mayor sentido de la vida (Albaugh, 2003; Smith, 1993), aunque esto no es siempre así (Thompson, 1996) estudios en los que se encuentra relación entre creencias religiosas y menores alteraciones psicopatológicas (Kendler, Gardner y Prescott, 1997; Koenig, George y Siegler, 1988; Strawbridge et al., 1998), pero en otros esta relación no se encuentra en otros estudios (Francis & Jackson, 2003; Larson et al., 1992). Como vemos, las relaciones entre las creencias y las variables citadas no están claras, por ello consideramos que serían necesarios estudios con una mejor definición de estas variables, en los que se considerasen las diferentes dimensiones relacionadas con las religiosidad y la espiritualidad, sus aspectos “positivos” y “negativos” y las maneras de vivirlas e interpretarlas en función de características de personalidad, tanto en pacientes oncológicos como en población general, pues parece que queda mucho por aclarar sobre las interacciones e interrelaciones entre religiosidad/espiritualidad con salud mental y afrontamiento de situaciones estresantes como las de padecer un cáncer. Consideramos también que sería importante hacer más estudios sobre las variables citadas en enfermos de cáncer para saber en qué medida las creencias pueden tener que ver con la adaptación a la enfermedad, si resulta conveniente considerar estos aspectos en la atención a los enfermos y si dicha atención es o no beneficiosa para los pacientes, aparte de investigar sobre cuál puede ser la intervención desde la perspectiva espiritual y/o religiosa más adecuada; evidentemente, siempre y cuando para el paciente sea un factor importante en su vida.

8.- Encontramos que el recurrir a la religión es una de las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia. Pero no sabemos si dichas estrategias pueden resultar o no adaptativas, ya que no se encuentra relación entre estas variables con alteraciones psicopatológicas o sentido de la vida. Es posible que unas personas utilicen esta estrategia de forma adaptativa y otros de forma no adaptativa y por eso nuestros datos no obtengan las relaciones señaladas. Por eso sería conveniente investigar sobre cuándo dicha estrategia resulta o no adaptativa.

9.- ALGUNAS PREGUNTAS

Algunas preguntas surgen a raíz del presente estudio son las siguientes:

- 1) ¿Son las personas con mejor salud mental las que pueden encontrar con más facilidad sentido a su vida a pesar de padecer un cáncer o es el encontrar sentido a la vida lo que proporciona una mejor salud mental?
- 2) ¿Cómo se da la relación entre sentido y salud mental?
- 3) ¿El sentido favorece un mejor afrontamiento o es el mejor afrontamiento el que favorece el sentido? ¿Cómo influye el sentido de la vida en el afrontamiento de la situación de tener un cáncer y cómo influye dicho sentido en el afrontamiento?
- 4) ¿Es el sentido una variable que media el impacto psíquico de la enfermedad?
- 5) ¿La situación de tener un cáncer de pulmón disminuye la percepción de sentido de la vida?
- 6) ¿Cambia el sentido de la vida por el diagnóstico de la enfermedad o a lo largo de la evolución de la enfermedad?
- 7) ¿Es posible hacer intervenciones en las que se pueda modificar el sentido que se le da a la situación y al cáncer e incluso al que se le da a la propia vida? ¿Incidirían

dichas intervenciones en la mejor salud mental e incluso en el pronóstico de la enfermedad?

- 8) ¿Cómo influye el estado psíquico en el afrontamiento del cáncer y cómo influye el afrontamiento en dicho estado psíquico?
- 9) ¿Hay factores que actúan como factores protectores de las alteraciones psicopatológicas? ¿Es el sentido de la vida uno de ellos?
- 10) ¿Cómo se puede encontrar sentido a la vida?
- 11) ¿Es posible que la terapia favorezca un mayor sentido de la vida?

10.- REFLEXIÓN FINAL

Este estudio tal vez resulte excesivamente pretencioso por haber querido hacer una foto lo más completa posible de la realidad que abarca numerosas variables. En la búsqueda de reflejar una realidad lo más completa posible en estos enfermos es posible que nos hayamos perdido un poco en la complejidad o en la confusión, pero también en la humilde búsqueda de ampliar nuestra comprensión del sufrimiento y de las reacciones psíquicas del ser humano que padece una enfermedad como el cáncer de pulmón.

XVI.- CONCLUSIONES

PRIMERA

Los pacientes que han participado en este estudio han presentado una prevalencia de alteraciones psicopatológicas superior a la existente en la población general española. De estos datos se podría concluir que el padecer un cáncer de pulmón puede ser una situación de mayor riesgo de sufrir alteraciones psicopatológicas, especialmente alteraciones relacionadas con ansiedad y depresión. Si esto es cierto, sería importante realizar que en la evaluación de estos pacientes se incluyera la evaluación de la dimensión psíquica para hacer un tratamiento adecuado de las posibles alteraciones lo antes posible y mejorar así el estado global del enfermo que tenga un cáncer de pulmón, junto a los tratamientos de la enfermedad física.

SEGUNDA

Los resultados de nuestro estudio nos indican que los enfermos con cáncer de pulmón utilizan preferentemente una serie de estrategias de afrontamiento para enfrentarse al estrés que supone su enfermedad. Las estrategias de afrontamiento que han usado con más frecuencia han sido la Aceptación, la Búsqueda de crecimiento personal, la Búsqueda de apoyo social, la Religión, la Planificación y afrontamiento y la Reinterpretación positiva por este orden. Todas estas estrategias de afrontamiento se consideran adaptativas. De ahí podemos concluir que las estrategias de afrontamiento más empleadas en la muestra evaluada son de tipo adaptativo.

TERCERA

Se han encontrado diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por enfermos de la muestra ante su enfermedad y las utilizadas por personas de la población general ante otras situaciones estresantes.

Las estrategias de afrontamiento que han usado más estos pacientes, y en las que se encuentran diferencias significativas con la población general, son: Aceptación, Religión y Negación. La Negación sería una estrategia de afrontamiento no adaptativa. Podemos ver que

aunque en general usan estrategias de afrontamiento adaptativas, recurren más que la población general a la negación.

Las estrategias de afrontamiento que han usado menos estos pacientes que la población general, y en las que se encuentran diferencias significativas con dicha población, son: Crecimiento personal, Planificación y afrontamiento, Reinterpretación positiva, Esfuerzos para solucionar la situación, Centrarse en las emociones y desahogarse, Refrenar el afrontamiento y Humor. La mayoría son estrategias adaptativas excepto Centrarse en las emociones y desahogarse. Así que podemos concluir que hay una serie de estrategias de afrontamiento adaptativas que los pacientes de la muestra utilizan menos que la población general ante otras situaciones estresantes y una estrategia no adaptativa (Centrarse en las emociones y desahogarse) que han usado menos.

CUARTA

Con respecto a la percepción del Sentido de la vida, los pacientes que han participado en el presente estudio, presentan una menor percepción del sentido de la vida que la población general española. Los valores hallados en nuestra muestra están cercanos a los que se han hallado en pacientes con trastornos psiquiátricos. Se podría concluir de estos datos que la situación de padecer un cáncer de pulmón, puede tener que ver con un mayor riesgo de que se produzca una disminución de la percepción del Sentido de la vida.

QUINTA

Los resultados obtenidos apoyan parcialmente la primera hipótesis en los apartados correspondientes a la relación entre alteraciones psicopatológicas con las siguientes variables: estrategias de afrontamiento de la enfermedad, menor Sentido de la vida, percepción de que el sufrimiento no tiene sentido y Locus de control más externo.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas por personas con alteraciones psicopatológicas son no adaptativas y por lo tanto podrían tener que ver con la aparición o el

mantenimiento de dichas alteraciones o bien las alteraciones psicopatológicas podrían condicionar el uso de estrategias de afrontamiento menos adaptativas.

La parte en la que no se cumple la primera hipótesis sería en que no se encuentra relación entre alteraciones psicopatológicas y creencias religiosas.

SEXTA

Los resultados obtenidos apoyan parcialmente la segunda hipótesis en la relación hallada entre estrategias de afrontamiento del cáncer y las siguientes variables: Sentido de la vida (sólo se ha hallado relación entre mayor sentido y el afrontamiento mediante reinterpretación positiva), Creencias religiosas (sólo se ha hallado relación entre tener más creencias religiosas y afrontamiento mediante la religión) y Locus de control (sería más externo en quienes usan una estrategia no adaptativa y más interno para quienes usan dos estrategias de afrontamiento adaptativas).

SÉPTIMA

Los resultados obtenidos confirman parcialmente la tercera hipótesis, pues se encuentra relación entre mayor sentido de la vida y las siguientes variables: sentido del sufrimiento (quienes no encuentran sentido al sufrimiento tendrían menores niveles de percepción de sentido de la vida) y un Locus de control más interno.

Esta hipótesis no se confirma en el apartado en el que se esperaba que hubiera relación entre el sentido de la vida y las creencias religiosas.

OCTAVA

La relación que se ha hallado entre la presencia de alteraciones psicopatológicas y las estrategias de afrontamiento, el sentido de la vida y el Locus de control más externo nos puede hacer suponer que las estrategias de afrontamiento, el sentido de la vida y el Locus de

control podrían influir en la aparición, mantenimiento y/o intensidad de las alteraciones psicopatológicas y que a su vez el tener alteraciones psicopatológicas podría influir en el tipo de estrategias de afrontamiento, percepción del sentido de la vida y el tipo de Locus de control.

Es probable que las estrategias de afrontamiento, la percepción de sentido de la vida y el Locus de control actúen como factores mediadores del estrés que genera la situación de tener un cáncer y por lo tanto modifiquen el impacto psíquico de la misma.

NOVENA

Teniendo en cuenta la posibilidad de la probable influencia de las variables citadas en las alteraciones psicopatológicas, es posible que una intervención psicoterapéutica de tipo existencial que promoviera el sentido (como es el caso de la Logoterapia u otras terapias de tipo existencial), en conjunción con una intervención psicoterapéutica de tipo cognitivo, que estimulara el desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas y favoreciera un Locus de control más interno pudiera ayudar a que la situación de padecer un cáncer de pulmón tenga menores repercusiones psicológicas. Para valorar esta posibilidad harían falta estudios que trataran de determinar cuáles serían las variables más relevantes sobre las que habría que intervenir, cuál sería el procedimiento más adecuado de intervención psicoterapéutica, además de estudios experimentales que evaluaran la eficacia de dichas intervenciones.

Es posible que los datos obtenidos en el presente estudio puedan dar una idea de factores relevantes en la intervención psicoterapéutica y en la atención integral a enfermos con cáncer de pulmón. Para ello haría falta desarrollar estudios de intervención para determinar los procedimientos más adecuados.

DÉCIMA

Es probable que, a pesar del estrés que supone padecer una enfermedad grave como el cáncer de pulmón, sea posible encontrar aspectos positivos de la situación, pues un número importante de los pacientes (55%) refieren que la enfermedad ha dotado de más sentido a sus

vidas. Por ello, es posible que la habilidad para encontrar sentido a esta situación tenga efectos psicológicos beneficiosos para enfrentarse a la situación de padecer un cáncer de pulmón. Para comprobar esta posibilidad harían falta más estudios que evaluaran esta posibilidad y buscaran si es posible estimular la búsqueda de aspectos positivos en la situación de padecer un cáncer de pulmón.

UNDÉCIMA

Queda por determinar el papel de las creencias religiosas en el afrontamiento de la enfermedad, en el sentido de la vida y en las alteraciones psicopatológicas. Con respecto a este tema sería importante hacer una definición rigurosa de lo que es la religiosidad y la espiritualidad y considerar el efecto de sus diferentes dimensiones en la estabilidad psíquica de los individuos. También sería importante diferenciar el tipo de religiosidad de las personas (intrínseca o extrínseca), el grado de madurez o de estabilidad psíquica de cada individuo en relación con la manera de vivir dichas creencias, los aspectos positivos y negativos asociados a las mismas y los mecanismos que pueden hacer que el afrontamiento mediante la religión sea o no adaptativo.

XVII.- BIBLIOGRAFÍA

1. AASS M, FOSSA SD, DAHL AA, MOE TJ. Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *European Journal of Cancer*. 1997; 33: 1597-1604.
2. ACEVEDO G. *El modo humano de enfermar. Desde la perspectiva de la Logoterapia de Viktor Frankl*. Buenos Aires: Ediciones Fundación Argentina de Logoterapia “Viktor Frankl”; 1985.
3. ACKLIN MW, BROWN EC, MAUGER PA. The Role of Religious Values in Coping with Cancer. *Journal of Religion and Health*. 1983; 22 (4): 322-332.
4. AFFLECK G, TENNEN H. Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*. 1996; 64: 899-922.
5. AKECHI T, KUGAYA A, OKAMURA H, NISHIWAKI Y, UCHITOMI Y. Predictive factors for psychological distress in ambulatory lung cancer patients. *Support Care Cancer*. 1998 May; Vol. 6(3): 281-6.
6. AKECHI T, OKAMURA H, NISHIWAKI Y, UCHITOMI Y. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable non-small-cell lung carcinoma. *Cancer*. 2001; 92: 2609-2622.
7. AKECHI T, OKUYAMA T, AKIZUKI N, AZUMA H, SAGAWA R, FURUKAWA TA, UCHITOMI Y. Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small lung cancer patients. *Psychooncology*. 2006 Jun; 15(6): 463-473.
8. ALBAUGH JA. Spirituality and life-threatening illness: a phenomenologic study. *Oncology Nursing Forum*. 2003; Jul-Aug;30(4):593-8.
9. ALBERT R, SAAVEDRA G. Psicología y cuidados paliativos. *Información Psicológica*. 1997; 64:20-23.

10. ALDWIN CM, LEVENSON MR, SPIRO A. Vulnerability and resilience to combat exposure: Can stress have lifelong effects? *Psychology and Aging*. 1994; 9: 34-44.
11. ALMANZA-MUÑOZ J, HOLLAND JC. Espiritualidad y Detección del Distress en Psico-oncología. *Oncología Clínica*. 1999; Vol 4: 246-50.
http://www.aaoc.org.ar/revista/vol4_99/espiritualidad.htm
12. ALMANZA-MUÑOZ J, HOLLAND JC. Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología* (México). 2000; Vol. 46 (3): 196-203.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/cancer/ca-2000/ca003k.pdf>
13. ALLPORT GW. Attitudes. En: Murchison. *Handbook of Social Psychology*. New York: Clark Univ. 1935. p. 798-844.
14. ALLPORT GW, ROSS JM. Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1967; 5: 432 - 443.
15. ALTER CL, PELCOVITZ D, AXELROD A, GOLDENBERG B, HARRIS H, MEYERS B, GROBOIS B, MANDEL F, SEPTIMUS A, KAPLAN S. Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*. 1996; 37(2): 137-143.
16. ALVAREZ F, O'CONNOR T, BRUSCO A, PEREYRA M, GIL L, et al. *Morir con dignidad. Acercamiento a la muerte y al moribundo*. Madrid: Marova; 1976.
17. ANDREU VAILLO Y, GALDÓN GARRIDO MJ. Un primer acercamiento a la evaluación del ajuste emocional del paciente oncológico. *Anales de Psiquiatría*. 1989, Vol. 5 (9): 348-358.
18. ANTONOVSKY A. *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
19. ARIÈS P. *El hombre ante la muerte*. 3ª ed. Madrid: Edit. Taurus; 1999.

20. ARIÈS P. *Historia de la muerte en occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*. Barcelona: El Acantilado; 2000.
21. ARRARAS JI, WRIGHT SJ, JUSUE G, TEJEDOR M, CALVO JI. Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health and Medicine*. 2002; 7(2): 181-187.
22. ATESCI FC, BALTALARLI B, OGUZHANOGLU NK, KARADAG F, OZDEL O, KARAGOZ N. Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness. *Support Care Cancer*. 2004 Mar; Vol. 12 (3): 161-7.
23. BAIDER L, SARELL M. Perceptions and causal attributions of Israeli women with breast cancer concerning their illness, the effects of ethnicity and religiosity. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1983; 39: 136-143.
24. BÁREZ VILLORIA M. *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona; 2002.
25. BÁREZ M, BLASCO T, FERNÁNDEZ CASTRO J. La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología*. 2003; 19(2):235-246.
26. BARKWELL DP. Ascribed meaning: A critical factor in coping and pain attenuation in patients with cancer relating pain. *Journal of Palliative Care*. 1991; 7(3): 5-14.
27. BARTHE E. *Cáncer: Enfrentarse al reto*. Barcelona: Robin Book; 1997.
28. BAUER-WU S, FARRAN CJ. Meaning in life and psycho-spiritual functioning: a comparison of breast cancer survivors and healthy women. *Journal of Holistic Nursing*. 2005 Jun; 23(2):172-190.
29. BAYÉS R. *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca; 1991.

30. BAYÉS R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca; 2001.
31. BAYÉS R. *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza Editorial; 2006.
32. BECK AT. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1986
33. BECKLER SJ. Empirical validation of affect, behavior and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984; 47: 1191-1205.
34. BEEKMAN AT, DE BEURS E, VAN BALKOM AJ, DEEG DJ, VAN DYCK R, VAN TILBURG W. Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Communalities of Risk Factors. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(1): 89-95.
35. BEHEM JM, RODRIGUE JR. Predictors of coping strategies among adults with cancer. *Psychological Reports*. 1994; 1:43-48.
36. BERARD RMF, BOERMEESTER F, VILJOEN G. Depressive disorders in an outpatient oncology setting: prevalence, assessment, and management. *Psycho-Oncology*. 1998; 7: 112-120.
37. BLANCO GONZALEZ AL, LEDESMA JIMENO A, LLORCA RAMÓN G, DELGADO MARTÍN ME, GARCÍA CARRETERO L, MATÍAS POLO J. Aspectos Psicopatológicos de las neoplasias hematológicas. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1988; 16 (6): 375-384.
38. BRADY M, PETERMAN A, FITCHETT G, MO M, CELLA D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*. 1999; 8: 417-428.
39. BRANDT BT. The relationship between hopelessness and selected variables in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1987 Mar-Apr; 14(2):35-39.

40. BRAY F, TYZYNSKI JE, PARKIN DM. Going up or coming down? The changing phases of the lung cancer epidemic from 1967 to 1999 in the European Union countries. *European Journal of Cancer*. 2004 Jan; 40(1): 96-125.
41. BREITBART, W. Psycho-Oncology: Depression, Anxiety, Delirium. *Seminars in Oncology*. 1994 December; 21(6): 754-769.
42. BREITBART, W. Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Manage*. 1995 Feb; 10(2): 131-141.
43. BREITBART W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2002 May;10(4):272-80.
44. BREITBART W, GIBSON C, POPPITO SR, BERG A. Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2004 Jun; 49(6):366-72.
45. BREITBART W, ROSENFELD B, PESSIN H, KAIM M, FUNESTI-ESCH J, CALIETTA M, NELSON C, BRESCIA R. Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients with Cancer. *JAMA*. December 13, 2000; 25 (22): 2907-2911.
46. BRENNAN J. Adjustment to cancer – Coping or personal transition? *Psycho-Oncology*. 2001, 10:1-18.
47. BUCHERI G. Depressive reactions to lung cancer are common and often followed by a poor outcome. *European Respiratory Journal*. 1998; 11: 173-178.
48. BURGER JM. Desire for control, locus of control, and proneness to depression. *Journal of Personality*. 1984 March; 52(1): 71- 89.

49. CAMACHO BORREGO S. El cáncer de Pulmón. En M. Die Trill (Comp.). *Psico-oncología*. Madrid: ADES ediciones S.L. 2003. p. 207-224.
50. CAMUS A. *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza Editorial; 1985.
51. CAMUS A. *La peste*. Barcelona: RBA; 1994.
52. CAPLAN G. Mastery of stress. *American Journal of Psychiatry*. 1981; 38:413-420.
53. CARONE DA, BARONE DF. A social cognitive perspective of religious beliefs: Their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clin Psychol Rev*. 2001; 21:989-1003.
54. CARLSEN K, JENSEN AB, JACOBSEN E, KRASNIK M, JOHANSEN C. Psychosocial aspects of lung cancer. *Lung cancer*. 2005; 47: 293-300.
55. CARLSON LE, ANGEN M, CULLUM J, GOODEY E, KOOPMANS J, LAMONT L, MACRAE JH, MARTIN M, PELLETIER G, ROBINSON J, SIMPSON JS, SPECA M, TILLOTSON L, BULTZ BD. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*. 2004; 90: 2297-2304.
56. CARTER BJ. Long-term survivors of breast cancer. A qualitative descriptive study. *Cancer Nursing*. 1993; 16: 354-361.
57. CARVER CS, ANTONI MH. Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*. 2004; 23(6): 595-598.
58. CARVER CS, HARRIS SD, LEHMAN JM, DUREL LA, ANTONI MH, SPENCER SM, POZO-KADERMAN C. How important is the sense of personal control? Studies of early stage breast cancer patients. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2000; 26: 139-149.

59. CARVER CS, SCHEIER MF, WEINTRAUB JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989 Feb; 56(2):267-83.
60. CARVER CS, POZO C, HARRIS SD, NORIEGA V, SCHEIER MF, ROBINSON DS, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993 Aug; 65(2):375-390.
61. CARVER CS, ANTONI MH. Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*. 2004 Nov; 23(6):595-598.
62. CASSILETH BR, LUSK EJ, MILLER DS, BROWN LL, MILLER C. Psychosocial Correlates of Survival in Advanced Malignant Disease? *New England Journal of Medicine*. 1985 Jun; 312(24): 1551-1555.
63. CASTELLOTE CUBELLS S. *Compendio de Antropología. Introducción, metodología e historia*. Valencia: EDICEP CB; 1999.
64. CELLA DF. Research Methods in Psychooncology: Quality of Life. En Holland J. *The Handbook of Psychooncology*. N. York: Oxford University Press; 1989. p. 737-749.
65. CELLA DF, ORIOFAMMA B, HOLLAND JC, SILBERFARB PM, TROSS S, FELDSTEIN M, PERRY M, MAURER LH, COMIS R, ORAV EJ. The relationship of psychological distress, extent of disease, and performance status in patients with lung cancer. *Cancer*. 1987; 60; 1661-1667.
66. CHAPMAN AH, CHAPMAN-SANTANA M. The use of humor in psychotherapy; *Archivos de Neuro-psiquiatria*. 1995, Mar; 53 (1): 153-6

67. CHIBNALL JT, VIDEEN SD, DUCKRO PN, MILLER DK. Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliative Medicine*. 2002 Jul; 16(4):331-338.
68. COLE B, PARGAMENT K. Recreating your life: a spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*. 1999; Sep-Oct, 8(5): 395-407.
69. CORDOVA MJ, ANDRYNOWSKI MA, KENADY DE, MCGRATH PC, SLOAN DA, REDD WH. Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995; 63:981-986.
70. CRANDALL J, RASMUSSEN R. Purpose in Life as Related to Specific Values. *Journal of Clinical Psychology*. 1975; 31(3): 483-485.
71. CRESPO M, CRUZADO JA. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1997; Vol. 23(92): 798-830.
72. CRESPO M, CRUZADO JA. Estrategias de afrontamiento ante el posible diagnóstico de neoplasia mamaria. *Ansiedad y estrés*. 1998; 4(2-3): 259-279.
73. CRUMBAUGH J, MAHOLICK L. Cross validation of Purpose-In-Life Test based on Frankl concepts. *Journal of Individual Psychology*. 1968, 24: 74-81.
74. CRUMBAUGH J, MAHOLICK L. *Manual of instructions for the Purpose In Life Test*. Saratoga: Viktor Frankl Institute of Logotherapy; 1969.
75. CRUMBAUGH J, MAHOLICK L. An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*. 1964; 20: 589-596.

76. CURBOW B, SOMERFIELD M, BAKER R, WINGARD J, LEGRO M. Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *Journal of Behavioral Medicine*. 1993; 16: 423-443.
77. DAALEMAN TP, VANDECREEK L. Placing religion and spirituality in end-of-life care. *JAMA*. Nov 15, 2000; 284: 2514-2517.
78. DAVIS CG, NOLEN-HOEKSEMA S, LARSON J. Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998, 75(2): 561-574.
79. DAVIS CG. Searching for meaning in loss: are clinical assumptions correct? *Death Studies*. 2000; 24: 497-540.
80. DEGNER LF, HACK T, O'NEIL J, KRISTANSON LJ. A new approach to elicit meaning in the context of breast cancer. *Cancer Nursing*. 2003; 26:628-633.
81. DELGADO ME, LLORCA RAMÓN G, BLANCO GONZÁLEZ L, GARCÍA CARRETERO L, MATÍAS POLO J, LEDESMA JIMENO A. Psicopatología y cáncer. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1989; 17(3): 169-175.
82. DEROGATIS LR, MORROW G, FETTING J, PENMAN D, PIASETSKY S, SCHMALE A, HENRICH M, CARNICKE M. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *JAMA*. Feb 11, 1983; 249 (6): 751-757.
83. DE VRIES MJ, SCHILDER JN, MULDER CL, VRANCKEN AM, REMIE M, GARSSSEN B. Phase II study of psychotherapeutic intervention in advanced cancer. *Psycho-Oncology*. 1997 Jun; 6 (2):129-137.
84. DIE TRILL M. Aspectos psicosociales de la cirugía oncológica. En Díaz, E. (ed.). *Monografías Clínicas en Oncología*. Barcelona: Doyma; 1988.
85. DIE TRILL M. Los trastornos del estado de ánimo. En: Die Trill M.(comp.). *Psicooncología*. Madrid: ADES; 2003. p. 347-366.

86. DOHRENWEND BS, MARTIN JL. Personal versus situational determination of anticipation and control of the occurrence of stressful life events. *American Journal of Community Psychology*. 1979 Aug; 7(4): 453-468.
87. DUGAN W, MDONALD MV, PASSIK SD, ROSENFELD BD, THEOBALD D, EDERTON S. Use of the Zung self-rating scale in cancer patients: Feasibility as a screening tool. *Psychooncology*. 1998; 7: 483-493.
88. DULL VT, SKOKAN LA. A cognitive model of religion's influence on health. *Journal of Social Issues*. 1995; 51(2): 49-64.
89. DUNKEL-SCHETTER C, FEINSTEIN LG, TAYLOR SE, FALKE RL. Patterns of Coping With Cancer. *Health Psychology*. 1992; 11(2): 79-87.
90. EDWARDS BK, BROWN ML, WINGO PA, HOWE HL, WARD E, RIES LAG, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2002, Featuring Population-Based Trends in Cancer Treatment. *Journal of the National Cancer Institute*. October 2005; 97(19): 1407-1427.
91. ELLISON CG. Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1991 Mar; 32(1): 80-99.
92. EMMONS RA, PALOUTZIAN RF. The psychology of religion. *Annual Review of Psychology*. 2003; 54: 377-402.
93. ERIKSON E. *Infancia y sociedad*. Barcelona: Paidós; 1950.
94. ERSEK M, FERRELL BR. Providing relief from cancer pain by assisting in the search for meaning. *Journal of Palliative Care*. 1994 Winter; 10(4): 15-22.
95. FALLER H, BÜLZEBRUCK H, DRINGS P, LANG H. Coping, Distress, and Survival Among Patients With Lung Cancer. *Archives of General Psychiatry*. Aug 1999; 56: 756-762.

96. FALLER H, BÜLZEBRUCK H. Coping and survival in Lung Cancer: A 10-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159: 2105-2107.
97. FALLER H, SCHILLING S, LANG H. Causal attribution and adaptation among lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 1995 Jul; 39 (5):619-27.
98. FALLER H, SCHMIDT M. Prognostic value of depressive coping and depression in survival of lung cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2004; 13: 359-363.
99. FEHRING RJ, MILLER JF, SHAW C. Spiritual Well-Being, Religiosity, Hope, Depression, and Other Mood states in Elderly People Coping With Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1997 May; 24 (4): 663-671.
100. FEIFEL HS, STRACK S, NAGY VT. Coping strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosomatic Medicine*. 1987; 49:616-625.
101. FERRELL, B.R.; SMITH, S.L.; JUAREZ, G.; MELANCON, C. Meaning of illness and spirituality in ovarian cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2003; 30: 249-258.
102. FERRERO BERLANGA J. *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Promolibro, 1993.
103. FERRERO BERLANGA J, TOLEDO ALIAGA M, BARRETO MARTÍN P. Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1995; 27(1): 87-102.
104. FERRERO BERLANGA J, RODRÍGUEZ-MARÍN J, TOLEDO M, BARRETO P. Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer: un estudio de la aceptabilidad relativa de hipótesis causales opuestas. *Revista de Psicología de la Salud*. 1996, 8(2): 3-25

105. FIFE BL. The conceptualization of meaning in illness. *Social Science & Medicine*. 1994 Jan; 38(2):309-16.
106. FIFE BL. The measurement of meaning in illness. *Social Science & Medicine*. 1995 Apr.; 40(8):1021-1028.
107. FITCHETT G, HANDZO G. Spiritual Assessment, Screening and Intervention. En Holland J. (comp.). *The Handbook of Psychooncology*. N. York: Oxford University Press; 1989. p. 790-808.
108. FLANNELLY KJ, WEAVER AJ, COSTA KG. A Systematic Review of Research on Religion in Three Palliative Care Journals: 1990-1999. *Journal of Palliative Care*. Spring 2004; 20(1): 50-56.
109. FOLKMAN S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984; 46:839-852.
110. FOLKMAN S, GREER. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*. 2000; 9(1): 11-19.
111. FOLKMAN S, LAZARUS RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour* 1980; 21:219-239.
112. FOLKMAN S, LAZARUS RS, DUNKEL-SCHETTER C, DELONGIS A, GRUEN RJ. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 50: 992-1003.
113. FONT A. Locus de control en situaciones de indefensión producidas por amenaza real. *Psicologema*. 1989; 3: 225-243.
114. FRANCIS LJ, JACKSON CJ. Eysenck's dimensional model of personality and religión: are religious people more neurotic? *Mental Health, Religión & Culture*. 2003; 6(1): 87-100.

115. FRANKL VE. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder; 1988.
116. FRANKL VE. *Psicoanálisis y Existencialismo: de la psicoterapia a la logoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1990a.
117. FRANKL VE. *El Hombre Doliente*. Barcelona: Herder; 1990b.
118. FRANKL VE. *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder; 1994.
119. FRANKL VE. *El hombre en busca de sentido último*. Barcelona: Paidós; 1999a.
120. FRANKL VE. *La idea psicológica del hombre*. 6ª edición. Madrid: Rialp, Biblioteca del Cincuentenario; 1999b.
121. FURNHAM A, STEELE H. Measuring locus of control: A critique of general, children's, health –and work-related locus of control questionnaires. *British Journal of Psychology*. 1993; 84: 443-479.
122. GALL TL, CORNBLAT MW. Breast cancer survivors give voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology*. 2002; 11: 524-535.
123. GARCÍA CARRETERO L, LEDESMA JIMENO A, LLORCA RAMÓN G, BLANCO GONZÁLEZ AL, DELGADO GARCÍA E, MATÍAS POLO J. Estudio de la personalidad y de la agresividad en pacientes cancerosos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1990; 18 (1): 34-46.
124. GANELLEN RJ, BLANEY PH. Stress, externality and depression. *Journal of Personality*. 1984 December; 52(4): 326-337.
125. GINSBURG ML, QUIRT C, GINSBURG AD, MACKILLOP WJ. Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnosed lung cancer. *Canadian Medical Association Journal*. 1995; 152: 701-708.

126. GORE JM, BROPHY CJ, GREENSTONE MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax*. 2000 Dec; 55 (12): 979-981.
127. GOTTSCHALK LA. Measurement of Mood and Affect in Cancer Patients. *Cancer*. 1984 May 15; Vol. 53 (Supl): 2236-2241.
128. GRASSI L, INDELLI M, MARZOLA M, MAESTRI A, SANTINI A, PIVA E, BOCCALON M. Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Manage*. 1996 Nov; 12(5):300-307.
129. GRASSI L, MALACARNE P, MAESTRI A, RAMELLI E. Depression, psychosocial variables and occurrence of life events among patients with cancer. *Journal of Affective Disorders*. 1997; 44: 21-30.
130. GREENSTEIN M., BREITBART W. Cancer and the experience of meaning: A group psychotherapy program for people with cancer. *American Journal of Psychotherapy*. Fall 2000; 54: 486-500.
131. GREENSTEIN M. The House That's on Fire: Meaning Centered Psychotherapy Pilot Group for Cancer Patients. *American Journal of Psychotherapy*. Fall 2000; 54(4): 501-511.
132. HALSTEAD MT, HULL M. Struggling with paradoxes: The process if spiritual development in women with cancer. *Oncology Nursing Forum*.2001; 28: 1534-1544.
133. HAMBURG DA, ADAMS JE. A perspective on coping behaviour. Seeking and utilizing information in major transitions. *Achives of General Psychiatry*. 1967 Sep; 17 (3): 277-284.

134. HARLOW LL, NEWCOMB MD, BENTLER PM. Purpose in life test assessment using latent variable methods. *British Journal of Clinical Psychology*. 1983; 26(Pt 3): 235-236.
135. HARRISON J, MAGUIRE P, IBBOTSON T, MACLEOD R, HOPWOOD P. Concerns, confiding and psychiatric disorders in newly diagnosed cancer patients: a descriptive study. *Psycho-oncology*. 1994; 3: 173-179.
136. HARRISON MO, KOENIG HG, HAYS JC, EME-ACKWARI AG, PARGAMENT KI. The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry*. 2001; 13: 86-93.
137. HARTER M, WOLL S, WUNSCH A, BENDEL J, REUTER K. Screening for mental disorders in cancer, cardiovascular and musculoskeletal diseases. Comparison of HADS and GHQ-12. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006 Jan; 41(1): 56-62.
138. HATHAWAY SR, MCKINLEY JC. *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2*. Madrid: TEA Ediciones S.A.; 1999.
139. HEIDEGGER M. *El ser y el tiempo*. 2ª Ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1971.
140. HENNEZEL M. *La Muerte Íntima. Los que van a morir nos enseñan a vivir*. Barcelona: Plaza&Janes S.A.; 1996.
141. HENNEZEL M, LELOUP J. *El arte de morir. Tradiciones religiosas y espiritualidad humanista frente a la muerte*. Barcelona: Helios; 1998.
142. HENRION R. PIL test on cancer patients – preliminary report. *International Forum of Logotherapy*. 1983; 6:235-236.
143. HERSCHBACH P, KELLER M, KNIGHT L, BRANDL T, HUBER B, HENRICH G, MARTEN-MITTAG B. Psychological problems of cancer patients: A cancer

- distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer*. 2004; 91: 504-511.
144. HILL PC, PARGAMENT KI. Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality. Implications for Physical and Mental Health Research. *American Psychologist*. January 2003; 58(1): 64-74.
145. HOLLAND JC. Progress and challenges in psychosocial and behavioural research in cancer in the twentieth century. *Cancer*. 1991 Feb 1; 67(3 Suppl.): 767-773.
146. HOLLAND JC. Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*. 1992; 1: 1-13.
147. HOLLAND JC, KASH KM, PASSIK S, GRONERT MK, SISON A, LEDERBERG M, RUSSAK SM, BAIDER L, FOX B. A brief Spiritual Beliefs Inventory for use in Quality of Life research in Life-Threatening illness. *Psycho-Oncology*. 1998; 7: 460-469.
148. HOLLAND JC, PASSIK S, KASH KM, RUSSAK SM, GRONERT MK, SISON A, LEDERBERG M, FOX B, BAIDER L. The Role of Religious and Spiritual Beliefs in Coping with Malignant Melanoma. *Psycho-Oncology*. 1999; 8:14-26.
149. HOPWOOD P, STEPHENS RJ. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factor derived from quality-of-life data. *Journal of Clinical Oncology*. 2000 Feb; 18 (4): 893-903.
150. HOTOPIF M, CHIDGEY J, ADDINGTON-HALL J, LY KL. Depression in advanced disease: a systematic review. Part 1. Prevalence and case finding. *Palliative Medicine*. 2002 Mar; 16(2): 81-97.
151. HUGHES JE. Depressive illness and lung cancer, II. Follow up of inoperable patients. *European Journal of Surgical Oncology*. 1985; 11: 21-24.

152. IBBOTSON T, MAGUIRE P, SELBY P, PRIESTMAN T, WALLACE L. Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer*. 1994; 30A:37–40.
153. INGELFINGER FJ. Cancer! Alarm! Cancer! *The New England Journal of Medicine*. Dec. 18, 1975; 293(25): 1319-1320.
154. JAMES W. *Las variedades de la experiencia religiosa*. Barcelona: Península, S.A.; 1999.
155. JANOFF-BULMAN R. *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press; 1992.
156. JANOFF-BULMAN R, FRIEZE IH. A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*. 1983; 39(2): 1-17.
157. JANOFF-BULMAN R, FRANTZ CM. The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. En Power M & Brewin CR (Eds.). *The transformation of meaning in psychological therapies*. New York: Wiley; 1997. p. 91-106.
158. JASPERS K. *Filosofía de la existencia*. Barcelona: Planeta Agostini; 1983.
159. JEMAL A, SEIGEL R, WARD E, MURRAY T, XU J, SMIGAL C, THUN MJ. Cancer Statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2006; 56: 106-130.
160. JENKINS R, PARGAMENT K. Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1995; 13(1/2):51-74.
161. JOSEPH M. The effect of strong religious belief in coping with stress. *Stress and Medicine*. 1998; 14: 219-224.
162. JUNG CG. *Psicología y religión*. 5ª reimpresión. Barcelona: Paidós; 1998.

163. KAZOROWSKI JM. Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hospital Journal*. 1989; 5(3-4): 105-116.
164. KELLER M, SOMMERFELD S, FISHER C, KNIGHT L, RIESBECK, LÖWE B, HERFARTH C, LEHNERT T. Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Annals of Oncology*. 2004; 15: 1243-1249.
165. KENDLER KS, GARDNER CO, PRESCOTT CA. Religion, Psychopathology, and substance use and abuse: a multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry*. 1997; 154:322-329.
166. KENDLER KS, LIU Z, GARDNER CO, MCCULLOUGH ME, LARSON D, PRESCOTT CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*. Mar 2003; 160(3): 496 -503.
167. KENNEDY BJ, TELLEGEN A, KENNEDY S, HAVERNICK N. Psychological response of patients cured of advanced cancer. *Cancer*. 1976 Nov; 38 (5): 2184-2191.
168. KIERKEGAARD S. *Diario íntimo*. Barcelona: Planeta; 1993.
169. KING MB, DEIN S. The spiritual variable in psychiatric research. *Psychological Medicine*. 1998; 28: 1259-1262.
170. KIRKCALDY BD, KOBYLINSKA E. Psychological characteristics of breast cancer patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1987; 48(1-4): 32-43.
171. KOBASA SC, MADDI SR. Existential personality theory. En Cosini R. (Ed.). *Current personality theories*. Illinois: Ithaca; 1977.
172. KOENIG HG, COHEN HJ, BLAZER DG, PIEPER C, MEADOR KG, SHELF F, GOLI V, DIPASCUALE B. Religious Coping and Depression Among Elderly, Hospitalized Medically Ill Men. *The American Journal of Psychiatry*. Dec 1992; 149(12): 1693-1700.

173. KOENIG HG, GEORGE LK, SIEGLER IC. The Use of Religion and Other Emotion-Regulating Coping Strategies among Older Adults. *The Gerontologist*. Jun 1988; 28 (3): 303-310.
174. KOENIG HG, GEORGE LK, PETERSON BL. Religiosity and remission of depression in medically older patients. *The American Journal of Psychiatry*. April 1998; 155: 536-542.
175. KOENIG HG, LARSON DB, LARSON SS. Religion and coping with serious medical illness. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2001 Mar; 35(3):352-9.
176. KOENIG HG, PARGAMENT KI, NIELSEN J. Religious Coping and Health Status in Medically Ill Hospitalized Older Adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. September 1998; 186(9): 513-521.
177. KRAMER JA. Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in the assessment of depression in patients with inoperable lung cancer. *Palliative Medicine*. 1999 Jul; 13 (4): 353-4.
178. KRAUSE N, INGERSOLL-DAYTON B, ELLISON CG, WULFF KM. Aging, religious doubt, and psychological well-being. *The Gerontologist*. Oct 1999; 39(5): 525- 533.
179. KREITLER S, KREITLER H, CHAITCHIK S, SHAKED S, SHAKED T. Psychological and Medical Predictors of Disease Course in Breast Cancer: a Prospective Study. *European Journal of Personality*. 1997; 11: 383-400.
180. KROEFF P. *Afrontando la enfermedad y la muerte: una investigación en pacientes con cáncer*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología; 1999.
181. KUBLER-ROSS E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo, S.A.; 1975.

182. KURTZ ME, KURTZ JC, STOMMEL M, GIVEN CW, GIVEN B. Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with lung cancer – a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*. 2002; 11(1):12-22.
183. LÄNGLE A. The search for meaning in life and the existential fundamental motivations. *Existential Analysis*. January 2005; 16(1): 2-14.
184. LARSON DB, PATTISON EM, BLAZER DG, OMRAN AR, KAPLAN BH. Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. *The American Journal of Psychiatry*. 1986; 143: 329-344.
185. LARSON DB, SHERRILL K, SHERRILL KA, LYONS JS, CRAIGIE FC JR., THIELMAN SB, GREENWOLD MA, LARSON SS. Associations Between Dimensions of Religious Commitment and Mental Health Reported in The American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*. Apr 1992; 149(4): 557- 559.
186. LAZARUS, R.S. Psychological Stress and coping in adaptation and illness. *International Journal of Psychiatry and Medicine*. 1974; 5:321-33
187. LAZARUS RS, FOLKMAN S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
188. LECHNER SC, ZAKOWSKI SG, ANTONI MH, GREENHAWT M, BLOCK K, BLOCK P. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit finding in cancer patients? *Psycho-Oncology*. 2003; 12(5): 491-499.
189. LEE V, COHEN SR, EDGAR L, LAIZNER AM, CAGNON AJ. Clarifying “meaning” in the context of cancer research: A systematic literature review. *Palliative and Supportive Cancer*. 2004; 2: 291-303.

190. LEHMAN DR, DAVIS CG, DELONGIS A, WORTAN CB, BLUCK S, MANDEL DR, ELLARD JH. Positive and negative life changes following bereavement and their relations to adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1993, 12: 90-112.
191. LEVINAS E. *Dios, la muerte y el tiempo*. Madrid: Cátedra; 1994.
192. LEWIS CS. *El problema del dolor*. Madrid: Rialp; 1994.
193. LEWIS FM. Attributions of control, experienced meaning and psychosocial well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1989; 7: 105-119.
194. LIPOWSKI ZJ. Psychosocial aspects of disease. *Annals of Internal Medicine*. 1969; 71:1197-1206.
195. LIPOWSKI ZJ. Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*. 1970; 1(3):91-102.
196. LÓPEZ-ABENTE G, POLLÁN M, ARAGONÉS N, PÉREZ-GÓMEZ B. Informe sobre la salud de los españoles. Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Noviembre 2002.
197. LUKAS E. *Logo test. Test Zur Messung von "innerer Sinnerfüllung" und "existentieller frustration"*. Wien: Deuticker; 1986. (Traducción española de J.Coloma).
198. LUKAS E. *También tu sufrimiento tiene sentido. Alivio en las crisis a través de la logoterapia*. México: LAG, Colección Sentido; 2002.
199. LUKER KA, BEAVER K, LEINSTER SJ, OWENS RG. Meaning of illness for women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 1996 Jun; 23(6):1194-1201.
200. LLOYD-WILLIAMS M, FRIEDMAN T, RUDD N. An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression scale as a screening tool in patients with

- advanced metastatic cancer. *Journal of Pain and Symptom Manage.* 2001; 22:990–996.
201. LLOYD-WILLIAMS M, SPILLER J, WARD J. Wich depression screening tools should be used in palliative care ? *Palliative Med.* 2003 ; 17(4): 40-43.
202. MAHON SM, CASPERSON DM. Exploring the psychosocial meaning of recurrent cancer: a descriptive study. *Cancer Nursing.* 1997; 20(3): 178-186.
203. MAHON SM, CELLA DF, DONOVAN MI. Psychosocial adjustment to recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum.* 1990; 17 (Suppl. 3): 47-52.
204. MARTÍN ORTIZ JD, SÁNCHEZ PÉREZ J, SIERRA JC. Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia psicológica.* 2003; 21(1): 29-37.
205. MASLOW A. *El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser.* 10ª edición. Barcelona: Kairós; 1993.
206. MASSIE MJ. Prevalence of Depression in Patients with Cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs.* 2004; 32: 57-71.
207. MASSIE MJ, HOLLAND JC. Depression and the cancer patient. *Journal of Clinical Psychiatry.* 1990; 51: 12-17.
208. MATÍAS J, MANZANO JM, MONTEJO AL, LLORCA G, CARRASCO JL. Psicooncología: Ansiedad. *Actas Luso-Españolas Neurología Psiquiatría.* 1995; 23(6): 305-309.
209. MCCORKLE R, QUINT-BENOLIEL J. Symptom distress, current concerns and mood disturbance after diagnosis of life-threatening disease. *Social Science & Medicine.* 1983; 17(7): 431-8.

210. MCDANIEL JS, MORAN MG, LEVENSON JL, STOUDEMIREH AL. Factores psicológicos que afectan al estado físico. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. *Tratado de psiquiatría*. 2ª Edición. Barcelona: Ancora S.A. 1996. P.597-624.
211. MCINTOSH DN, SILVER RC, WORTMAN CB. Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993; 65: 812-821.
212. MEIER A, EDWARDS H. Purpose in life test: age and sex differences. *Journal of Clinical Psychology*. 1974; 30(3): 384-6.
213. MERA VIGLIA MG. The Effects of Spirituality in Well-Being of People with Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2004; 31(1): 89-94
214. MERLUZZI TV, MARTÍNEZ SÁNCHEZ MA. Perceptions of coping behaviours by persons with cancer and health care providers. *Psycho-oncology*. 1997; 6:197-203.
215. MERMELSTEIN HT, LESKO L. Depression in patients with cancer. *Psycho-Oncology*. 1992; 1: 199-215.
216. MESEGUER HERNÁNDEZ C. La ansiedad. En M. Die Trill (Comp.), *Psico-oncología*. Madrid: ADES; 2003. pp. 337-346.
217. MICKLEY J, SOEKEN K. Religiousness and hope in Hispanic and Anglo-American women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1993 Sep; 20(8): 1171-1177.
218. MILLER DK, CHIBNALL JT, VIDEEN SD, DUCKRO PN. Supportive-affective group experience for persons with life-threatening illness: reducing spiritual, psychological, and death-related distress in dying patients. *Journal of Palliative Medicine*. 2005 Apr; 8(2):333-343.
219. MILLER L, WAGNER V, WICKRAMARATNE P, WEISSMAN M. Religiosity as a protective factor in depressive disorder. *The American Journal of Psychiatry*. May 1999; 156: 808-809.

220. MINA JD, SEKIDO Y, FONG KM, GAZDAR AF. Cáncer de pulmón. En De Vita VT, Hellman S, Rosnberg SA. *Cáncer: principios y práctica de la Oncología*. Madrid: Panamericana; 1999.
221. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *La situación del cáncer en España*. Planificación Sanitaria. Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. 2005.
222. MISTAKIDOU M, TSILIKA E, PARPA E, KATSOUDA E, GALANOS A, VLAHOS L. Assesment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of life research*. 2005; 14: 1825-1833.
223. MOADEL A, MORGAN C, FATONE A, GRENNAN J, CARTER J, LARUFFA G, SKUMMY A, DUTCHER J. Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology*. 1999; 8: 378-385.
224. MONGE SÁNCHEZ MA, LEÓN GÓMEZ JL. *El sentido del sufrimiento*. 2ª Edición. Madrid: Palabra. Colección de libros mc; 1999.
225. MONTAZERI A, MILROY R, HOLE D, MCEWEN J, GILLIS. Anxiety and depression in patients with lung cancer before and after diagnosis: findings from a population in Glasgow, Scotland. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1998; 52: 203-204.
226. MOOREY S, GREER S. *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach*. London: Heinemann Medical Books; 1989.
227. MOOS RH, SCHAEFER JA. The crisis of physical illness. An overview and conceptual approach. En: Moos RH (Ed.). *Coping with Physical Illness: New perspectives*. New York: Plenum Press; 1984. p. 3-25.

228. MOOS RH, SCHAEFER JA Life transitions and crisis: A conceptual overview. En: Moos RH (Ed.), *Coping with life crises: An integrated approach*. New York: Plenum Press; 1986. p. 3-28.
229. MORIN E. *El hombre y la muerte*. 2ª Ed. Barcelona: Kairós; 1994.
230. MULLEN PM, SMITH RM, HILL EW. Sense of coherence as a mediator for stress for cancer patients and spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1993; 11: 23-46.
231. MURRAY SA, KENDALL M, BOYD K, WORTH A, BENTON TF. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*. 2004 Jan; 18(1):39-45.
232. MUSICK MA, KOENIG HG, LARSON DB, MATTHEWS D. Religion and Spiritual Beliefs. En: Holland JC (Ed.). *Handbook of Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 1989. p. 780-88.
233. MUSICK MA, KOENIG HG, HAYS JC, COHEN HJ. Religious activity and depression among community-dwelling elderly persons with cancer: The moderating effect of race. *The Journals of Gerontology. Serie B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 1998 Jul; 53(4): 218-227.
234. NAIRN RC, MERLUZZI TV. The role of religious coping in adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*. 2003; 12: 428-441.
235. NELSON CJ, ROSENFELD B, BREITBART W, GALIETTA M. Spirituality, Religion and Depression in the Terminally Ill. *Psychosomatics*. 2002; 43(3): 213-220.
236. NEYMEYER RA. *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Paidós; 1997.

237. NOBLEJAS DE LA FLOR MA. *Logoterapia. Fundamentos principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido*. Tesis doctoral. Facultad de Educación, Universidad Complutense de Madrid, 1994.
238. NOBLEZAS DE LA FLOR MA. *Palabras para una vida con sentido*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2000.
239. NOBLEJAS DE LA FLOR, MA. Estructura factorial de los tests PIL y Logo-test. *NOUS. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*. 2000a; 3: 67-84.
240. NOBLEJAS DE LA FLOR, MA. Fiabilidad de los test PIL y Logo-test. *NOUS. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*. 2000b; 4: 81-90.
241. NOGUCHI W, MORITA S, OHNO T, AIHARA O, TSUJII H, SHIMOZUMA K, MATSUSHIMA E. Spiritual needs in cancer patients and spiritual care base on logotherapy. *Support Care Cancer*. 2006 Jan; 14(1): 65-70.
242. O'CONNOR AP, WHICKER CA, GERMINO BB. Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*. 1990; 13:167-175.
243. OSOWIECKI DM, COMPAS BE. Psychological adjustment to cancer: Coping and control beliefs in adults in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*. 1998; 22: 483-499.
244. OSOWIECKI DM, COMPAS BE. A prospective Study of Coping, Perceived Control and Psychological Adaptation to Breast Cancer. *Cognitive Therapy and Research*. 1999; 23: 169-180.
245. PARK C, FOLKMAN S. Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*. 1997; 1: 115-144.
246. PARKIN M, BRAY F, FERLAY J, PISANI P. Global Cancer Statistics, 2002. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2005; 55:74-108.

247. PEARLIN LI, SCHOOLER C. The structure of coping. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1978; 19:2-21.
248. PEARSON P, SHEFFIELD B. Purpose-in-life and the Eysenk Personality Inventory. *Journal of Clinical Psychology*. 1974; 30: 562-564.
249. PERCZEK R, CARVER CS, PRICE AA, POZO-KADERMAN C. Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*. 2000; 74: 63-87.
250. PÉREZ AM. Dimensionalidad del constructo “locus of control”. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 1984; 39(3): 471-488.
251. PHILLIPS WM. Purpose in Life, Depression, and Locus of Control. *Journal of Clinical Psychology*. July 1980; 36(3): 661-667.
252. PINQUART M, FRÖLICH C, SILBEREISEN RK. Change in psychological resources of younger and older patients during chemotherapy. *Psycho-Oncology*. 2007; 16: 1-8. (Pruebas del artículo ya aceptado para publicación facilitadas por el autor).
253. POLAINO-LORENTE A. Más allá del sufrimiento. *Atlántida*. 1993; 15: 300-320.
254. POLAINO-LORENTE A. La familia y la sociedad frente al enfermo terminal. El duelo en el ámbito oncológico. El sentido del sufrimiento y de la muerte. En: González Barón M, Ordóñez A, Feliú J, Zamora P, Espinosa E (Eds.). *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de soporte del enfermo con cáncer*. Madrid: Panamericana; 1995. p. 1200-1216.
255. POVEDA J. *Valor terapéutico de la información al paciente oncológico terminal como terapia de apoyo y su cuantificación*. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid; 1990.

256. QUINTANA JM, PADIERNA A, ESTEBAN C, AROSTEGUI I, BILBAO A, RUIZ I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003; 107: 216-221.
257. RAY C, LINDOP J, GIBSON S. The concept of coping. *Psychological Medicine*. 1982; 12(2):385-395.
258. RAZAVI D, DELVAUX N, FARVACQUES C, ROBAYE E. Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer care. *British Journal of Psychiatry*. 1990; 156: 79-83.
259. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la Lengua Española. 22^a Edición. 2001. <http://www.rae.es/>
260. REED PG. Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. *Nursing Research*. 1991; 40: 5-11.
261. REKER GT. The purpose in life test in an inmate population: an empirical investigation. *Journal of Clinical Psychology*. July 1977; 38(3): 688-693.
262. REKER GT. Logotherapy and logotherapy: Challenges, opportunities and some empirical findings. *International Forum for Logotherapy*. 1994; 17: 47-55.
263. RIFKIN A, DODDI S, KARAGJI B, POLLACK S. Religious and Other Predictors of Psychosocial Adjustment in Cancer Patients. *Psychosomatics*. June 1999; 40:251-56.
264. RINGDAL GI, GOTESMAN KG, KAASA S, KVINNSLAND S, RINGDAL K. Prognostic factors and survival in a heterogeneous sample of cancer patients. *British Journal of Cancer*. 1996 Jun; 73(12): 1594-1599.
265. RODGERS J, COLIN RM, MORSE RC, KENDELL K, VERRILL M. An investigation into the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with breast cancer. *Health Qual Life Outcomes*. 2005; 3: 41.

266. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ MI. Génesis y evolución de actitudes ante la muerte en la infancia. *Cuadernos de bioética*. 2000; XI(41): 113-118.
267. ROTTER JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*. 1966; 80(1): 1-28.
268. ROWLAND JH. Developmental Stage and Adaptation: Adult Model. En: Holland JC. *Handbook of Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 1989a. p. 25-57.
269. ROWLAND JH. Intrapersonal Resources: Coping. En: Holland JC. *Handbook of Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 1989b. p. 44-56.
270. SALMON P, MANZI F, VALORI RM. Measuring the Meaning of Life for Patients with Incurable Cancer: The Life Evaluation Questionnaire (LEQ). *European Journal of Cancer*. 1996; 32(5): 755-760.
271. SALVADOR LC. *Morbilidad psiquiátrica en pacientes oncológicos*. Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, 1987.
272. SARNA L, BROWN JK, COOLEY ME, WILLIAMS RD, CHERNECKY C, PADILLA G, DANAOL LL. Quality of life and meaning of illness of women with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2005; 32(1): 9-19.
273. SEARS SR, STANTON AL, DANOFF-BURG S. The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*. 2003; 22: 487-497.
274. SCHEIER MP, CARVER CS. Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*. 1992; 16: 201-228.

275. SCHEIER MF, WEINTRAUB JK, CARVER CS. Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986 Dec; 51(6):1257-64.
276. SCHNOLL RA, HARLOW LL, BROWER L. Spirituality, Demographic and Disease Factors, and Adjustment to Cancer. *Cancer Practice*. 2000; 8(6): 298-304.
277. SCHNOLL RA, KNOWLES JC, HARLOW LL. Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2002; 20: 37-59.
278. SELICK SM, CROOKS L. Depression and Cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-Oncology*. 1999; 8: 15-333.
279. SICA C, NOVARA C, SANAVIO E. Religiousness and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in an Italian population. *Behaviour Research and therapy*. 2002 Jul; 40(7): 813-823.
280. SIEGEL BS. *Amor medicina milagrosa*. Madrid: Espasa Calpe; 1995.
281. SIEGEL K, ANDERMAN SJ, SCHRIMSHAW EW. Religion and coping with health related stress. *Psychology & Health*. 2001; 16:631-653.
282. SILBERFARB PM. Research in Adaptation to Illness and Psychosocial Intervention: An Overview. *Cancer*. 1982 Nov; 50(1 Suppl.): 1926-1927.
283. SILBERFARB PM, ANDERSON KM, RUNDLE AC, HOLLAND JC, COOPER MR, MCINTYRE OR. Mood and clinical status in patients with multiple myeloma. *Journal of Clinical Oncology*. 1991; 9: 2219-2224.
284. SINGER JE. Some issues in the study of coping. *Cancer*. 1984; 53: 2303-13.
285. SIVLEY RB, JOHNSON DT. Psychopathology and Locus of Control. *Journal of Clinical Psychology*. 1965; 21: 26.

286. SKINNER EA. A Guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996; 714(3): 549-570.
287. SMITH AB, SELBY PJ, VELIKOVA G, SATARK D, WRIGHT EP, GOULD A, CULL A. Factor analysis of the Hospital Anxiety Scale from a large cancer population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2002; 75: 165-176.
288. SMITH ED, STEFANEK ME, JOSEPH MV, VERDIECK MJ, ZABORA JR, FETTING JH. Spiritual awareness, personal perspective on death, and psychosocial distress among cancer patients: An initial investigation. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1993; 11: 89-103.
289. SMITH EM, GOMM SA, DICKENS CM. Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*. 2003; 17: 509-513.
290. SMITH T, MCCULLOUGH ME, POLL J. Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*. 2003; 129(4): 614–636.
291. SNOW-TUREK AL, NORRIS MP, TAN G. Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*. 1996; 64: 455-462.
292. SODERGREN SC, HYLAND ME, CRAWFORD A, PARTRIDGE MR. Positivity in illness: Self-delusion or existential growth? *British Journal of Health Psychology*. May 2004; 9:163-174.
293. SONTAG S. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus Pensamiento; 1996.
294. SPIEGEL D. Cancer and depression. *British Journal of Psychiatry*. 1996; 168 (Suppl.30): 109-116.

295. STARK D, KIELY M, SMITH A, VELIKOVA G, HOUSE A, SELBY P. Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*. 2002 July 15; 20(14): 3137-3148.
296. STEEVES RH. Patients who have undergone bone marrow transplantation: their quest for meaning. *Oncology Nursing Forum*. 1992 Jul; 19(6):899-905.
297. STEFANEK M, MCDONALD PG, HESS SA. Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology*. 2005; 14: 450-463.
298. STOMMEL M, KURTZ ME, KURTZ JC, GIVEN CW, GIVEN BA. A Longitudinal Analysis of the Course of Depressive Symptomatology in Geriatric Patients With Cancer of the Breast, Colon, Lung or Prostate. *Health Psychology*. 2001; 23(6): 564-573.
299. STONE AA, PORTER LS. Psychological Coping: Its Importance for Treating Medical Problems. *Mid/Body Medicine*. 1995; 1(1): 46-54.
300. STRANG S, STRANG P. Spiritual thoughts, coping and "sense of coherence" in brain tumor patients and their spouses. *Palliative Medicine*. 2001; 15: 127-134.
301. STRAWBRIDGE WJ, SHEMA SJ, COHEN RD, ROBERTS RE, KAPLAN GA. Religiosity buffers effects of some stressors on depression but exacerbates others. *The Journal of Gerontology*. May 1998; 53B (3): S118- S116.
302. TAYLOR EJ. Factors associated with meaning in life among people with recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1993a; 20(9): 1399-1405.
303. TAYLOR EJ. The search for meaning among persons with cancer. En: Cohen MZ (Ed.). *Quality of Life: A Nursing Challenge*. Philadelphia: Meniscus Health Care Communications; 1993b. p. 65-70.

304. TAYLOR EJ. Whys and Wherefores: Adult Patient Perspectives of the meaning of cancer. *Seminars in Oncology Nursing*. 1995; 11(1): 32-40.
305. TAYLOR EJ. Transformation of Tragedy among women surviving breast cancer. *Oncol Nursing Forum*. 2000; 27(5): 781-88.
306. TAYLOR EJ. Spirituality, Culture and Cancer Care. *Seminars in Oncology Nursing*. 2001; 17(3): 197-205.
307. TAYLOR EJ. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer nursing*. 2003; 26(4): 260-266.
308. TAYLOR SE. Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*. 1983; 38:1161-1173.
309. TAYLOR SE, LICHTMAN RR, WOOD JV. Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984; 46:489-502.
310. TAYLOR SE, ARMOR DA. Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*. 1996; 64: 873-898.
311. TEDESCHI RG, CALHOUM LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Trauma and Stress*. 1996 Jul; 9(3):455-471
312. TEJERO A, GUIMERA E, FARRÉ JM, PERI JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 1986; 12:233-238.
313. TEMOSHOK L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*. 1987; 6(3): 545-567.

314. TENNEN H, AFFLECK G. Finding benefits in adversity. In Snyder CR y López SJ (Eds.), *Coping, the psychology of what works*. New York: Oxford University Press. 1999; p. 584-597.
315. THOMAS J, WEINER E. Psychological Differences among Groups of Critically Ill Hospitalized Patients, Noncritically Ill Hospitalized Patients and Well Controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1974; 42(2): 274-279.
316. THOMPSON LA. *La Ansiedad ante la Muerte y el Propósito en la vida en Fin de Vida*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Deusto, 1996.
317. THOMPSON SC, JANIGIAN AS Life schemes: A framework for understanding the search for meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1988; 7: 260-280.
318. TIMKO C, JANOFF-BULMAN R. Attributions, vulnerability and psychological adjustment: The case of breast cancer. *Health Psychology*. 1985; 4(6): 521-544.
319. TOMER A. La ansiedad ante la muerte en la vida adulta: perspectivas teóricas. En: Neymeyer RA. (comp.). *Métodos de evaluación de ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Paidós; 1997.
320. TOMICH PL, HELGESON, VS. Five years later: a cross-sectional comparison of the breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*. 2002; 11(2): 154-169.
321. TURNER RP, LUKOFF D, BARNHOUSE RT, LU FG. Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *The Journal of Nervious and Mental Diseases*. 1995 Jul; 183(7): 435-444.
322. UNDERWOOD SM, SHAIKNA L, BAKR D. Veiled yet vulnerable: Breast cancer screening and the muslim way of life. *Cancer Practice*. 1999; 7: 285-290.
323. URKUYO KR, BOYERS AE, CARVER CS, ANTONI MH. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & Health*. April 2005; 20(2): 175-192.

324. URRACA S. *Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, 1982.
325. VALLEJO-NÁJERA JA, OLAIZOLA JL. *La puerta de la esperanza*. Barcelona: Planeta; 1990.
326. VALLEJO RUILOBA J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson; 2003. 5ª edición.
327. VAN'T SPIJKER A, TRIJSBURG RW, DUIVENVOORDEN HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis. A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*. 1997; 59(3): 280-293.
328. VASTYAN EA. Spiritual aspects of the care of cancer patients. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 1986 Mar-Apr; 36(2): 110-4.
329. VICKBERG SM, BOVBERG DH, DUHAMEL KN, CURRIE V, REDD WH. Intrusive thoughts and psychological distress among breast cancer survivors: Global meaning as a possible protective factor. *Behavioral Medicine*. 2000; 25(4):152-160.
330. VICKBERG SM, DUHAMEL KN, SMITH MY, MANNE SL, WINKEL G, PAPADOPOULOS EB, REDD WH. Global meaning and psychological adjustment among survivors of bone marrow transplant. *Psycho-Oncology*. 2001; 10(1): 29-39.
331. VOOGT E, VAN DER HEIDE AF, VAN LEEUWEN AP, VISSER M, CLEIREN J, PASSCHIER J, VAN DER MAAS PJ. Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer. *Psycho-Oncology*. 2005; 14: 262-273.
332. WALTER T. The ideology and organization of spiritual care: three approaches. *Palliative Medicine*. 1997; 11:21-30.
333. WEAVER AJ, SAMFORD JA, LARSON DB, LUCAS LA, KOENIG HG, PATRICK. A systematic review of research on religion in four major psychiatric

- journals: 1991-1995. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. March 1998; 186 (3):187-90.
334. WEISMAN AD. Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *The American Journal of the Medical Sciences*. 1976; 271:187-196.
335. WEISMAN AD. *Coping with cancer*. New York: McGraw-Hill Book Company; 1979.
336. WEISMAN AD, WORDEN JW. The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry and Medicine*. 1976-1977; 7(1): 1-15.
337. WHITE CA. Meaning and its measurement in psychosocial oncology. *Psycho-Oncology*. 2004; 13(7): 468-481.
338. WILLIAMS DR, LARSON DB, BUCKLER RE, HECKMANN RC, PYLE CM. Religion and psychological distress in a community sample. *Social Science & Medicine*. 1991; 32 (11):1257-62.
339. WOLLMAN C, FELTON B. Social Supports as stress buffers for adult cancer patients. *Psychosomatic Medicine*. 1983; 45: 321-331.
340. WORTMAN CB, SILVER RC. The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1989 Jun; 57(3): 349-357.
341. YALOM ID. *Psicoterapia Existencial*. Barcelona: Herder; 1984.
342. YALOM ID. *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós; 2000.
343. YATES JW, CHALMER BJ, ST JAMES P, FOLLASBEE M, MCKEGNEY FP. Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Pediatric Oncology*. 1981; 9:121-28.

344. YEPES STORK R, ARANGUREN ECHEVARRÍA J. *Fundamentos de Antropología. Un ideal de la excelencia humana*. 4ª Ed. Pamplona: EUNSA; 1999.
345. ZABORA J, BRINTZENHOFESZOC B, CURBOW B, HOOKER C, PIANTADOSI S. The prevalence of Psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*. 2001; 10: 19-28.
346. ZIGMOND AS, SNAITH RP. The Hospital Anxiety and depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983; 67:361-370.
347. ZIKA S, CHAMBERLAIN K. On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*. 1992 Feb; 83(Pt 1): 133-45.

XVIII.- ANEXOS

**ANEXO I: HOJA INFORMATIVA Y FORMULARIO
DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Título del estudio: Afrontamiento del carcinoma pulmonar y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico

Autora de la investigación: Dra. M^a Isabel Rodríguez Fernández

Propósito del estudio

El sufrir la enfermedad que usted padece supone vivir una serie de situaciones nuevas que requieren adaptarse a nuevas circunstancias y experiencias. No todo el mundo tiene la misma facilidad para afrontarlo y por esta razón consideramos necesario comprender en profundidad las reacciones de las personas que se enfrentan a esta enfermedad. El fin de esto, sería conseguir ayudar adecuadamente a todos los que sufren dificultades para adaptarse a esta situación. Para ello, su colaboración y la de otras personas en las mismas circunstancias podría ser de gran valor.

Cada persona y su experiencia es única y por lo tanto valiosa para la comprensión de lo que está viviendo y el sentido que le da a la enfermedad y a su propia vida. Tanto si uno lo vive con optimismo como con pesimismo, nos resulta importante comprender la experiencia de cada ser humano en particular.

Condiciones de participación

Le haremos una serie de preguntas y tendrá que responder si es preciso a varios cuestionarios. Esto puede suponer simplemente un esfuerzo de tiempo y ningún riesgo para su salud.

Toda la información obtenida será confidencial y anónima y sus datos se unirán al conjunto de los del grupo de los pacientes entrevistados, sin que se pueda identificar quien es la persona que da los datos una vez finalizado el estudio.

Si desea conocer los resultados de las encuestas a las que ha respondido, será informado una vez finalizado el estudio.

Cualquier información adicional que desee conocer le será facilitada por la persona responsable de la investigación.

La participación en este estudio es libre y voluntaria, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento si así lo desea.

Gracias por leer esta hoja informativa

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Afrontamiento del carcinoma pulmonar y sentido de la vida:
un estudio empírico y clínico

Autora de la investigación: Dra. M^a Isabel Rodríguez Fernández

Yo (Nombre y apellidos):

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablado con la investigadora: M^a Isabel Rodríguez Fernández

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que soy libre de retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Comprendo que los datos obtenidos son confidenciales y anónimos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Fecha:

Firma del participante

Fecha:

Firma de la investigadora

ANEXO II: CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

FRECUENCIA DE PRÁCTICA RELIGIOSA (ir a misa, oración, etc.):

PACIENTE

FAMILIA

-
- VARIAS VECES POR SEMANA
 - UNA VEZ POR SEMANA
 - MENSUALMENTE
 - PRÁCTICA ESCASA
 - AUSENCIA DE PRÁCTICA

LUGAR DE NACIMIENTO:

- URBANO
- RURAL

**ANEXO III: HAD (The Hospital Anxiety and
Depression Scale)**

ESCALA HAD

A continuación leerá unas frases que pueden describir como se siente usted afectiva y emocionalmente. Marque con una cruz la respuesta que piensa que refleja mejor como se HA SENTIDO USTED ULTIMAMENTE, EN LOS ULTIMOS 15 DÍAS. No hay respuestas buenas ni malas. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta.

1.- ME SIENTO TENSO/A O NERVIOSO/A:

Casi todo el día.....3
Gran parte del día.....2
De vez en cuando.....1
Nunca.....0

2.- SIGO DISFRUTANDO CON LAS MISMAS COSAS DE SIEMPRE:

Igual que antes.....0
No tanto como antes.....1
Solamente un poco.....2
Ya no disfruto con nada..3

3.- SIENTO UNA ESPECIE DE TEMOR COMO SI ALGO MALO FUERA A SUCEDER:

Sí y muy intenso.....3
Sí, pero no muy intenso...2
Sí, pero no me preocupa..1
No siento nada de eso.....0

4.- SOY CAPAZ DE REÍRME Y VER EL LADO GRACIOSO DE LAS COSAS:

Igual que siempre.....0
Actualmente algo menos.....1
Actualmente mucho menos..2
Actualmente en absoluto.....3

5.- TENGO LA CABEZA LLENA DE PREOCUPACIONES:

Casi todo el día.....3
Gran parte del día.....2
De vez en cuando.....1
Nunca.....0

6.- ME SIENTO ALEGRE:

Gran parte del día.....0
En algunas ocasiones....1
Muy pocas veces.....2
Nunca.....3

7 - SOY CAPAZ DE PERMANECER SENTADO/A TRANQUILO/A Y RELAJADAMENTE:

Siempre.....0
A menudo.....1
Raras veces.....2
Nunca.....3

8.- ME SIENTO LENTO/A Y TORPE:

Nunca.....0
A veces.....1
A menudo.....2
Gran parte del día.....3

9.- EXPERIMENTO UNA DESAGRADABLE SENSACIÓN DE "NERVIOS Y HORMIGUEOS EN EL ESTÓMAGO":

Nunca.....0
Sólo en algunas ocasiones.....1
A menudo.....2
Muy a menudo.....3

10.- HE PERDIDO EL INTERÉS POR MI ASPECTO PERSONAL:

Me cuido como siempre lo he hecho.....0
Es posible que no me cuide como debiera.....1
No me cuido como debiera hacerlo.....2
Completamente..... 3

11.- ME SIENTO INQUIETO/A COMO SI NO PUDIERA PARAR DE MOVERME:

Realmente mucho.....3
Bastante.....2
No mucho.....1
En absoluto.....0

12.- TENGO ILUSIÓN POR LAS COSAS:

Como siempre.....0
Algo menos que antes.....1
Mucho menos que antes...2
En absoluto.....3

13.- EXPERIMENTO DE REPENTE SENSACIONES DE GRAN ANGUSTIA O TEMOR:

Muy a menudo.....3
Con cierta frecuencia...2
Raramente.....1
Nunca.....0

14.- SOY CAPAZ DE DISFRUTAR CON UN BUEN LIBRO O UN BUEN PROGRAMA DE RADIO O DE TELEVISIÓN:

A menudo.....0
Algunas veces.....1
Pocas veces.....2
Casi nunca.....3

ANEXO IV: COPE

COPE-S

Estamos interesados en cómo las personas responden cuando se enfrentan a situaciones difíciles o estresantes en sus vidas. Hay muchas maneras de intentar hacer frente al estrés. Este cuestionario le pide que piense en la situación que acaba de describir y en cómo reaccionó a ella. A continuación indique en qué medida usted hizo o sintió lo que se relata en cada uno de los ítems, cuando *usted* experimentó esa *situación estresante*.

Responda a cada uno de los ítems siguientes rodeando con un círculo el número que corresponda a su respuesta para cada uno de ellos, teniendo en cuenta las alternativas de respuesta que a continuación se indican. Por favor, intente responder a cada ítem *separándolo mentalmente de los otros ítems*. Elija sus respuestas concienzudamente y haga que las respuestas sean tan exactas **PARA USTED** como pueda. Por favor, responda a *todos* los ítems. No existen respuestas "buenas" o "malas", por tanto, elija aquella respuesta que es más adecuada para USTED, no la que usted crea que la "mayoría de las personas" diría o haría. Indique lo que USTED hizo cuando USTED experimentó la situación estresante que ha descrito.

1 = no hice esto en absoluto.

2 = hice esto un poco.

3 = hice esto bastante.

4 = hice esto mucho.

1. Intento madurar como resultado de la experiencia 1 2 3 4
2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente 1 2 3 4
3. Me altero y dejo que mis emociones afloren 1 2 3 4
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer 1 2 3 4
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello 1 2 3 4
6. Me digo a mí mismo "ésto no es real" 1 2 3 4
7. Confío en Dios 1 2 3 4
8. Me río de la situación 1 2 3 4
9. Admito que no puedo hacerlo frente y dejo de intentarlo 1 2 3 4
10. Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente 1 2 3 4
11. Hablo de mis sentimientos con alguien 1 2 3 4
12. Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor 1 2 3 4
13. Me acostumbro a la idea de lo que pasó 1 2 3 4
14. Hablo con alguien para averiguar más acerca de la situación 1 2 3 4
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades 1 2 3 4
16. Sueño despierto con cosas diferentes de ésta 1 2 3 4
17. Me altero y soy realmente consciente de ello 1 2 3 4
18. Busco la ayuda de Dios 1 2 3 4
19. Elaboro un plan de acción 1 2 3 4
20. Hago bromas sobre ello 1 2 3 4
21. Acepto que esto ha pasado y que no se puede cambiar 1 2 3 4
22. Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita 1 2 3 4
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares 1 2 3 4
24. Simplemente dejo de alcanzar mi objetivo 1 2 3 4
25. Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema 1 2 3 4
26. Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumiendo drogas 1 2 3 4
27. Me niego a creer que ha sucedido 1 2 3 4
28. Dejo aflorar mis sentimientos 1 2 3 4
29. Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo 1 2 3 4
30. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema 1 2 3 4
31. Duermo más de lo habitual 1 2 3 4
32. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer 1 2 3 4
33. Me centro en hacer frente a este problema, y si es necesario dejo otras cosas un poco de lado 1 2 3 4

34. Consigo el apoyo y comprensión de alguien1 2 3 4
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello..... 1 2 3 4
36. Bromeo sobre ello..... 1 2 3 4
37. Renuncio a conseguir lo que quiero1 2 3 4
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.....1 2 3 4
39. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.....1 2 3 4
40. Finjo que no ha sucedido realmente1 2 3 4
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente1 2 3 4
42. Intento firmemente evitar que cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto1 2 3 4
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello..... 1 2 3 4
44. Acepto la realidad del hecho de que ha sucedido.....1 2 3 4
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.....1 2 3 4
46. Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar1 2 3 4
47. Llevo a cabo una acción directa entorno al problema1 2 3 4
48. Intento encontrar alivio en mi religión1 2 3 4
49. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.....1 2 3 4
50. Hago bromas de la situación.....1 2 3 4
51. Reduzco el esfuerzo para resolver el problema1 2 3 4
52. Hablo con alguien de cómo me siento.....1 2 3 4
53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.....1 2 3 4
54. Aprendo a vivir con ello1 2 3 4
55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto..... 1 2 3 4
56. Medito profundamente acerca de qué pasos tomar1 2 3 4
57. Actúo como si nunca hubiera sucedido1 2 3 4
58. Hago lo que ha de hacerse, paso a paso.....1 2 3 4
59. Aprendo algo de la experiencia1 2 3 4
60. Rezo más de lo habitual.....1 2 3 4

**ANEXO V: ESCALA I-E O INVENTARIO DE
REACCIÓN SOCIAL DE ROTTER**

ESCALA I-E O INVENTARIO DE REACCIÓN SOCIAL DE ROTTER (Rotter, 1966)

Apellidos y nombre:.....

Instrucciones: elegir (a) o (b) en cada pregunta

- 1.- a) Los niños se meten en líos porque sus padres les castigan demasiado.
b) Hoy en día, el problema con la mayoría de los niños es que sus padres son demasiado blandos con ellos.
- 2.- a) Muchas de las cosas desagradables en la vida de las personas son, en parte, debidas a la mala suerte.
b) Los infortunios de la gente son el resultado de los errores que comete.
- 3.- a) Una de las principales razones de que haya guerras es que la gente no se toma bastante interés en la política.
b) Siempre habrá guerras por mucho que la gente intente evitarlas.
- 4.- a) A la larga, la gente logra el respeto que se merece en este mundo.
b) por desgracia, los méritos de un individuo pasan desapercibidos por mucho que se esfuerce.
- 5.- a) La idea de que los profesores son injustos con los alumnos, es una tontería.
b) La mayoría de los estudiantes no se dan cuenta del grado en que sus notas están influenciadas por hechos accidentales.
- 6.- a) Sin apoyo suficiente uno no puede ser un líder eficaz.
b) La gente capaz que no logra ser líder es porque no ha aprovechado las oportunidades que ha tenido.
- 7.- a) Hay gentes a quienes por mucho que lo intentes no les caes bien.
b) La gente que no cae bien a los otros, es que no sabe ganarse a los demás.
- 8.- a) La herencia juega el principal papel en la determinación de la personalidad.
b) Las experiencias personales en la vida determinan el como somos
- 9.- a) He encontrado a menudo que lo que tiene que ocurrir ocurre.
b) La confianza en el destino nunca ha tenido tanta fuerza sobre mí, como al tomar una decisión que lleva un curso de acción definido.
- 10.- a) En el caso del estudiante bien preparado, raras veces se da el “examen injusto”.
b) Muchas veces, las preguntas de los exámenes tienden a estar tan poco relacionadas con el trabajo del curso que el estudio es realmente inútil.

- 11.- a) Alcanzar el éxito es cuestión de trabajo duro; la suerte tiene poco o nada que ver con ello.
b) Conseguir un buen trabajo depende principalmente de estar en el lugar exacto en el momento preciso.
- 12.- a) El ciudadano medio puede decidir en las decisiones del gobierno.
b) Este mundo está dirigido por unos pocos que están en el poder, y no es mucho lo que el hombre corriente puede hacer en este tema.
- 13.- a) Cuando hago planes estoy casi seguro de que podré ponerlos en marcha.
b) No siempre es necesario hacer planes a largo plazo, porque muchas cosas se vuelven de algún modo, una cuestión de buena o mala suerte.
- 14.- a) Hay ciertas personas que no son precisamente buenas.
b) Hay algo bueno en cada uno.
- 15.- a) En mi caso, conseguir lo que quiero, tiene poco o nada que ver con la suerte.
b) Muchas veces daría lo mismo decidir lo que hay que hacer, tirando una moneda al aire.
- 16.- a) Quien logra ser el jefe depende, a menudo, de ser lo bastante afortunado de estar el primero en el lugar exacto.
b) El conseguir que la gente haga lo que debe, depende de la propia habilidad y capacidad; la suerte tiene poco o nada que ver en ello.
- 17.- a) En lo que se refiere a los asuntos mundiales, la mayoría de nosotros somos víctimas de fuerzas que no podemos comprender ni controlar.
b) Tomando parte activa en los asuntos políticos y sociales, la gente puede controlar los asuntos mundiales.
- 18.- a) La mayoría de las personas no se dan cuenta del grado en que sus vidas están controladas por sucesos o hechos accidentales.
b) Realmente no existe la "suerte".
- 19.- a) Uno debería estar siempre dispuesto a admitir sus errores.
b) Habitualmente es mejor ocultar los propios errores.
- 20.- a) Es difícil saber si realmente le gustas o no a una persona.
b) La cantidad de amigos que tengas dependerá de lo simpático que seas
- 21.- a) A la larga, las cosas malas que nos suceden se compensan con las buenas.
b) La mayoría de las desgracias son el resultado de falta de capacidad, ignorancia, pereza o de las tres cosas a la vez.
- 22.- a) Si se hace el esfuerzo suficiente podemos hacer que la Administración funcione bien.
b) Es difícil para la mayoría de la gente tener un gran control sobre las cosas que hacen los políticos en sus cargos.

- 23.- a) Algunas veces no puedo entender como los jefes determinan los puestos de trabajo.
b) Hay una relación estrecha y directa entre la valía personal y el puesto de trabajo que uno desempeña.
- 24.- a) Un buen líder cuenta con que la gente decida por si misma lo que debería hacer
b) Un buen líder aclara a cada uno cual es su cometido.
- 25.- a) Muchas veces pienso que tengo poca influencia sobre las cosas que me suceden.
b) No me puedo creer que el azar o la suerte juega un papel importante en mi vida.
- 26.- a) Si una persona se encuentra sola es porque no intenta ser amistosa con los demás.
b) No tiene mucho sentido esforzarse demasiado en agradar a la gente, si les caes bien, les caes bien, y si no nada.
- 27.- a) Se hace demasiado énfasis en actividades atléticas durante el bachiller.
b) El deporte en equipo es una vía excelente para formar el carácter.
- 28.- a) Lo que me sucede es el resultado de mis propias acciones.
b) Algunas veces siento que no tengo demasiado control sobre el rumbo que está tomando mi vida.
- 29.- a) La mayoría de las veces no puedo comprender por qué los políticos se comportan de la forma que lo hacen.
b) A la larga, todos somos responsables del mal Gobierno, tanto a nivel local como nacional.

ANEXO VI: PIL (Purpose-In-Life Test)

PIL

James C. Crumbaugh, Ph.D.
Veterans Administration Hospital
Gulfport, Mississippi

Leonard T. Maholick, M.D.
The Bradley Center, Inc.
Columbus, Georgia

PARTE A

A continuación le presentamos una serie de afirmaciones. En cada una, rodee con un círculo el número que estaría más cerca de la verdad para usted. Fíjese que los números siempre van desde un sentimiento extremo a su sentimiento contrario. "Neutral" significa que no hay tendencia ni hacia un lado ni hacia el otro. Procure utilizar esta puntuación lo menos posible.

1. Suelo estar: (<)

1	2	3	4	5	6	7
totalmente			(neutral)			eufórico/a
aburrido/a						entusiasmado/a

2. La vida me parece:

1	2	3	4	5	6	7
siempre			(neutral)			emocionante
completamente						
rutinaria						

3. En la vida (<)

1	2	3	4	5	6	7
no tengo			(neutral)			tengo unas
ninguna meta						metas y
u objetivo						objetivos
						muy claros

4. Mi vida: (<)

1	2	3	4	5	6	7
no tiene			(neutral)			tiene un
ni sentido						gran sentido
ni propósito						y propósito
alguno						

5. Cada día es: (>)

1	2	3	4	5	6	7
totalmente			(neutral)			exactamente
nuevo						igual al
						anterior

6. Si pudiera elegir: (<)

1	2	3	4	5	6	7
preferiría			(neutral)			me gustaría
no haber						vivir varias
vivido esta						vidas más
vida						como ésta

7. Después de la jubilación: (>)

1	2	3	4	5	6	7
haría (estoy			(neutral)			perdería
haciendo)						(estoy
algunas de						perdiendo)
las cosas						el tiempo
emocionantes						totalmente
que siempre						durante el
he querido						resto de
hacer						mi vida

8. En cuanto a lograr las metas en la vida: (<)

1	2	3	4	5	6	7
no he			(neutral)			he
progresado						progresado
nada						hasta su
						plena rea-
						lización

9. Mi vida está:

1	2	3	4	5	6	7
vacía,			(neutral)			rebosante
solamente hay						de cosas
desesperación						buenas y
						emocionantes

10. Si tuviera que morir hoy, sentiría que mi vida: (>)

1	2	3	4	5	6	7
ha sido muy			(neutral)			no ha
valiosa						valido
						la pena
						en absoluto

11. Al pensar en mi vida: (<)

1	2	3	4	5	6	7
a menudo me			(neutral)			siempre veo
cuestiono						una razón
el por qué						por la cual
de mi						estoy aquí
existencia						

12. Cuando pienso en el mundo en relación con mi vida, el mundo: (<)

18. Mi vida está:

(>)

1	2	3	4	5	6	7
en mis manos			(neutral)			No está y
yo la						en mis
controlo						manos y
						está
						controlada
						por factores
						ajenos a mí

19. El enfrentarme con mis tareas cotidianas me resulta: (>)

1	2	3	4	5	6	7
placentero			(neutral)			una
y						experiencia
satisfactorio						dolorosa y
						aburrida

20. Yo:

(<)

1	2	3	4	5	6	7
no he			(neutral)			he
descubierto						descubierto
ninguna						unas metas
misión o						muy claras
propósito						y un
en la vida						propósito
						que me
						satisface

**ANEXO VII: SBI (Sistems of Belief Inventory:
Inventario de sistemas de creencias)**

Inventario de sistemas de creencias-15r (Almanza y cols., 1999)

(Systems of belief inventory/sbi-15r)

1. La religión es importante en mi vida cotidiana

0= Muy en desacuerdo 1= Algo en desacuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Muy de acuerdo

2.El rezar me ha ayudado para enfrentar tiempos de enfermedades serias

0= Para nada 1= Poco tiempo 2= Buena parte del tiempo 3= Todo el tiempo

3. Disfruto el asistir a actos religiosos que tiene mi grupo religioso o espiritual

0= Muy en desacuerdo 1= Algo en desacuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Muy de acuerdo

4. Tengo la certeza de que, de alguna forma, Dios existe

0= Muy en desacuerdo 1= Algo en desacuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Muy de acuerdo

5. Cuando necesito sugerencias sobre cómo lidiar con mis problemas o enfrentarlos, conozco gente de mi comunidad espiritual o religiosa a quien acudir

0= Muy en desacuerdo 1= Algo en desacuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Muy de acuerdo

6. Creo que Dios no me dará una carga que yo no pueda soportar

0= Muy en desacuerdo 1= Algo en desacuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Muy de acuerdo

7. Disfruto el reunirme frecuentemente con personas que comparten mis creencias religiosas o espirituales y hablar con ellas sobre esos temas

0= Para nada 1= Poco tiempo 2= Buena parte del tiempo 3= Todo el tiempo

8. Durante tiempos de enfermedad, mis creencias religiosas o espirituales se han fortalecido

0= Muy en desacuerdo 1= Algo en desacuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Muy de acuerdo

9. Cuando me siento solo, confío o cuento con personas que comparten mis creencias religiosas o espirituales para apoyarme

0= Muy en desacuerdo 1= Algo en desacuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Muy de acuerdo

10. He tenido una sensación de esperanza como resultado de mis creencias religiosas o espirituales

0= Muy en desacuerdo 1= Algo en desacuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Muy de acuerdo

11. He sentido paz mediante mi oración y meditación

0= Muy en desacuerdo 1= Algo en desacuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Muy de acuerdo

12. La vida y la muerte de uno, sigue un plan de Dios

0= Muy en desacuerdo 1= Algo en desacuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Muy de acuerdo

13. Busco gente en mi comunidad religiosa o espiritual cuando necesito ayuda

0= Para nada 1= Poco tiempo 2= Buena parte del tiempo 3= Todo el tiempo

14. Creo que Dios me protege del daño

0= Muy en desacuerdo 1= Algo en desacuerdo 2= Algo de acuerdo 3= Muy de acuerdo

15. Suelo rezar pidiendo ayuda a Dios durante tiempos difíciles

0= Nada del tiempo 1= Poco tiempo 2= Buena parte del tiempo 3= Todo el tiempo

ANEXO VIII: ASR (Afrontamiento, sentido y religiosidad)

Inventario: ASR (Afrontamiento, sentido y religiosidad)

- 1) Enfrentarme a esta enfermedad ha dotado de más sentido a mi vida
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

- 2) La fe religiosa no afecta a como vivo mi enfermedad
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

- 3) La práctica religiosa me ayuda a sobrellevar mi enfermedad
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

- 4) El sentido de mi existencia no está relacionado con la fe religiosa
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

- 5) La práctica religiosa influye en el sentido que tiene mi vida
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

- 6) No hay relación entre la práctica religiosa y mis creencias religiosas
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

- 7) El sentido que tiene mi vida no está relacionado con la forma de vivir mi enfermedad
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

- 8) Mi enfermedad me ha hecho pensar más en Dios
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

- 9) El padecer esta enfermedad me ha hecho pensar que la vida no tiene sentido
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 10) Desde que estoy enfermo/a, tengo menos fe en Dios
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 11) Desde que tengo esta enfermedad he aumentado mi práctica religiosa
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 12) El creer en Dios da sentido a mi existencia
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 13) El sentido que tiene mi vida no influye en tener más práctica religiosa
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 14) Mis creencias religiosas me llevan a practicar más mi religión
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 15) La práctica religiosa me hace profundizar y realizar más plenamente mis creencias religiosas
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 16) El sufrimiento no tiene ningún sentido
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

- 17) Encontrar un sentido al sufrimiento me hace poder soportar mejor mi situación de enfermedad
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 18) El tener fe me hace hallar un sentido al sufrimiento
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 19) La práctica religiosa no influye en como encuentro sentido al sufrimiento
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 20) El sentido que doy a mi vida, da sentido al sufrimiento
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 21) El hallarle sentido al sufrimiento da más sentido a mi vida
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) Parcialmente en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

**ANEXO IX: TABLA DE CORRELACIONES ENTRE
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Correlaciones entre estrategias de afrontamiento

	Humor	Planificación y afrontamiento	Centrarse en las emociones y desahogarse	Aceptación	Negación	Refrenar el afrontamiento	Concentrarse en esfuerzos, solucionar la situación	Crecimiento personal	Reinterpretación positiva	Actividades distractoras	Evadirse
Apoyo Social	,347(*)	,582(**)		,334(*)			,429(**)	,449(**)		,357(*)	
Humor		,335(*)					,404(**)		,370(*)		,311(*)
Planificación y afrontamiento				,448(**)			,436(**)				
Abandono de esfuerzos de afrontamiento			,408(**)		,421(**)						,347(*)
Centrarse en las emociones y desahogarse					,428(**)	,306(*)					
Aceptación					-,395(**)	,320(*)	,366(*)	,443(**)	,311(*)		
Refrenar el afrontamiento							,471(**)	,422(**)	,666(**)	,324(*)	,481(**)
Concentrarse en esfuerzos, solucionar la situación									,404(**)		,327(*)
Crecimiento personal									,519(**)		,327(*)
Reinterpretación positiva											,487(**)

* La relación es estadísticamente significativa con una $p < 0,05$

** La relación es estadísticamente significativa con una $p < 0,01$