

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA
CON LA SALUD, AFRONTAMIENTO DEL
ESTRÉS Y EMOCIONES NEGATIVAS EN
PACIENTES CON CÁNCER EN TRATAMIENTO
QUIMIOTERAPÉUTICO

Ana Milena Gaviria*, Stefano Vinaccia*,
María Fernanda Riveros, Japcy Margarita Quiceno*

Resumen

Fecha de recepción: 7 de julio de 2007
Fecha de aceptación: 21 de septiembre de 2007

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, el afrontamiento del estrés y las emociones negativas en 28 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico del Instituto de Medicancer de Medellín (Colombia). Se utilizaron los cuestionarios: EORTC QLQ-C30, que mide Calidad de Vida; el CAE, que evalúa Afrontamiento al Estrés, y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

* Universidad de San Buenaventura, Medellín (Colombia). Grupo de Investigación Salud Comportamental, Universidad de San Buenaventura de Medellín.
Correspondencia: Carrera 56C, N° 51-90, Apartado Aéreo 81240. amigago@hotmail.com,
vinalpi47@hotmail.com, japcyps@hotmail.com

(HAD). Los resultados evidenciaron una calidad de vida favorable tanto en las dimensiones funcionales como en la de síntomas de la enfermedad. En cuanto a las Estrategias de Afrontamiento se encontró que la Evitación y la Reevaluación Positiva, fueron las más utilizadas a diferencia de la Expresión Emocional Abierta, que fue la menos empleada. Por último, se observaron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión en los pacientes con cáncer.

Palabras claves: Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés, emociones negativas, cáncer.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the health-related quality of life, the Coping Strategies, and the negative emotions in 28 patients of both genders with diagnosis of different types of cancer in chemotherapy treatment, of Medicancer's Institute from Medellin, Colombia. The questionnaires used were: EORTC QLQ-C30 that measures Life Quality, the CAE that evaluates Coping Strategies and the Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale. Results showed a good quality of life both in the Functional extents and in that of disease symptoms. In relation to Coping Strategies, it was demonstrated that the avoidance coping and the Positive Reappraisal were most used, while the overt emotional expression that was the least used. Finally, clinical significant levels of anxiety-depression were not observed in the patients with cancer.

Key words: Health-related quality of life, coping strategies, negative emotions, cancer.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente, que obligan a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo que implica reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos (Vinaccia, Tobón, Moreno San Pedro, Cadena & Anaya, 2005a; Vinaccia, Quiceno, Contreras, Zapata, Fernández, Bedoya & Tobón, 2005b; Vinaccia, Contreras, Palacio, Marín & Tobón, 2005c).

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control. La característica más peligrosa de las células tumorales es su autonomía, en otras palabras, su capacidad de crecer sin tener en cuenta las necesidades de otras células del organismo y sin someterse a las limitaciones de crecimiento que gobiernan otras células. Este crecimiento tumoral ilimitado hace que el cáncer sea capaz de destruir a su huésped, dañando otros órganos o procesos fisiológicos, o bien utilizando los nutrientes que el cuerpo requiere para desempeñar sus funciones. El tumor abarca todo el organismo y se convierte en un verdadero parásito. Si bien algunas personas presentan cierta predisposición genética al cáncer, la enfermedad en sí misma casi nunca es hereditaria. El comportamiento y el estilo de vida son los factores que contribuyen en mayor medida a la aparición de esta enfermedad (De Vita, Hellman & Rosenberg, 2000; Díaz, Miralles & Pérez, 2000).

Las señales y los síntomas del cáncer dependerán de la localización, el tamaño y la afección de órganos o estructuras comprometidas a su alrededor, donde pueden comenzar a ejercer presión en los órganos cercanos, vasos sanguíneos y los nervios. Los síntomas generales (no específicos) del cáncer son: pérdida de peso inexplicable, fiebre, cansancio, dolor y cambios en la piel. Los síntomas específicos del cáncer son: cambio en el hábito de evacuación o en la función de la vejiga, llagas que no cicatrizan, sangrado o secreción inusual, endurecimiento o una masa en el seno o en cualquier parte del cuerpo, indigestión o dificultad para tragar y cambios recientes en una verruga o lunar. Los anteriores síntomas pueden manifestarse a

causa de células cancerosas que utilizan mucho del suministro de energía del cuerpo o que secretan sustancias que afectan el metabolismo, o el cáncer puede ocasionar que el sistema inmunológico reaccione de manera que cause estos síntomas (Hamilton & Peters, 2007; Guillem, 2002).

Para el tratamiento del cáncer se han empleado fármacos que tienen como función impedir la reproducción de las células cancerosas, aunque se suele combinar con cirugía y radioterapia, modalidad que se llama tratamiento combinado o multidisciplinar. Los efectos secundarios dependen del agente quimioterápico y los más importantes son: alopecia, náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, anemia, inmunopresión, hemorragias, entre otros (Brighton & Wood, 2005).

Según los estudios epidemiológicos realizados por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2000), aproximadamente cada año en el mundo se reportan más de nueve (9) millones de casos de cáncer, especialmente en países en vía de desarrollo. En Colombia, en el año de 1996 la mortalidad por cáncer entre hombres y mujeres fue del 61.2 entre 100.000 habitantes, lo que significó la muerte de 25.000 personas. En 1960, los tumores malignos representaban la sexta causa de muerte, en 1991 representaban el 12.7% de las muertes, pasando a ser la segunda causa de mortalidad, los colombianos siguen afectados por los mismos tipos de cáncer de hace 30 años. Hoy se estima que 10 de cada 100 colombianos, tendrán la enfermedad antes de llegar a los 65 años. Los tumores malignos están entre las primeras causas de mortalidad en Colombia (Mantilla, Vesga & Insuasty, 2006).

Desde hace más de dos décadas, la psicooncología ha hecho importantes contribuciones al estudio de los factores psicológicos asociados con la incidencia del cáncer, la respuesta al tratamiento, la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas que padecen esta enfermedad. Entre los aportes más relevantes se hallan el estudio de las diferencias de personalidad que probablemente hagan a unos individuos más propensos a desarrollar algunos tipos de cáncer o que afecten su curso o pronóstico (López, Ramírez, Esteve & Anarte, 2002); la personalidad tipo C, caracterizada principalmente por la falta de expresión emocional, que podría guardar alguna relación con el desarrollo del cáncer (Vinaccia,

Arango, Cano, Tobón, Moreno & López, 2006); la personalidad resistente, cuya característica fundamental es el fuerte sentimiento de control sobre la vida y de compromiso con ciertas metas y objetivos (Peñacoba & Moreno, 1998); ciertos factores psicológicos asociados al cáncer, como la presencia de altos niveles de depresión, indefensión y pesimismo (Carver, Meyer & Anthony, 2000), y la calidad de vida percibida, que se ha relacionado con la adaptación a la enfermedad y la respuesta a los tratamientos (Moreno & Kern de Castro, 2005).

El concepto de “calidad de vida” es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003), especialmente cuando se trata de una enfermedad crónica como el cáncer.

Históricamente, para algunos especialistas en la materia, la primera persona que utilizó el término “calidad de vida” fue el economista norteamericano Galbraith a finales de los años 50; para otros, fue el entonces presidente norteamericano Lyndon B. Johnson, en 1964. No obstante, sea quien sea la primera persona que utilizó el término, y sin pretender esbozar su desarrollo histórico, podríamos señalar que la evolución del constructo calidad de vida se ha caracterizado por varios factores problemáticos. El principal de ellos lo señala claramente el psicólogo cubano Jorge Grau, al plantear que la misma definición del término calidad de vida, dada su contemporánea naturaleza compleja y etérea, pudo llevar a una miríada de definiciones que en nuestra modesta opinión ha traído confusiones sobre cómo investigar el tema, porque lo que para algunos se describe como el efecto de los bienes materiales sobre la vida de las personas, para otros es más bien la satisfacción, bienestar y felicidad interior alcanzada por éstos en un periodo particular de su existencia. A pesar de estas diferencias, podemos encontrar en la visión bio-psico-social de CV un punto de convergencia en todas las definiciones que se le han dado en el tiempo.

A través del tiempo, el término tuvo diversas connotaciones: inicialmente hacía referencia al cuidado de la salud personal, luego se incluyó en la salud e higiene pública, en los derechos humanos, laborales y ciudadanos, en la capacidad de acceso a los bienes económicos, hasta convertirse en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social,

la actividad cotidiana y la propia salud (Schwartzmann, 2003). Este término proviene principalmente de la medicina y se extendió a otras disciplinas como la sociología y la psicología, sustituyendo a otros conceptos difíciles de operativizar, como “felicidad” y “bienestar” (Buela-Casal, Caballo & Sierra, 1996).

En el contexto más específico de la salud, este constructo se hizo popular a partir de los años ochenta, posiblemente asociado a los cambios de los perfiles epidemiológicos de morbi-mortalidad que empezaron a notarse dramáticamente en algunos países desarrollados con el incremento cada vez más grande de la esperanza de vida y, contemporáneamente, de enfermedades crónicas en porcentajes cada vez mayores de sus habitantes. Esto llevó a finales de los años 80 al surgimiento de la expresión calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para referirse a investigaciones donde se estudiaba la calidad de vida de muestras poblacionales con algún nivel de minusvalía resultado de la cronificación de diferentes enfermedades y/o accidentes.

En Iberoamérica, la investigación sobre calidad de vida y/o calidad de vida relacionada con la salud ha sido bastante limitada. Esto lo podemos comprobar al hacer una simple búsqueda en Internet en el Pubmed de la base de datos electrónica Medline, hecho en nuestra opinión bastante preocupante, porque los cambios en la transición demográfica en América Latina y el Caribe que se están presentando van a producir, como lo planteó recientemente un foro de la CEPAL en Santiago de Chile, el envejecimiento de sus poblaciones a un ritmo mucho más rápido del registrado históricamente en los países desarrollados dentro de un contexto caracterizado por rápidos cambios en los estilos de vida, una alta incidencia de la pobreza, una baja cobertura de seguridad social y un alto nivel de descomposición familiar (Vinaccia, 2005).

La salud y el bienestar, conceptos relacionados con la calidad de vida, son afectados cuando aparece una enfermedad crónica, ya que el paciente puede experimentar desmejoramiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, afectando así mismo al autoconcepto, el sentido de vida y provocando estados depresivos (Gil-Roales, 2004). Schwartzmann (2003), sostiene

que el aumento en la esperanza de vida, hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de estos pacientes.

Es evidente que el concepto de calidad de vida, aunque depende de muchos factores (socioculturales, políticos, emocionales, físicos, espirituales, entre otros), es en última instancia, una apreciación del individuo, lo que obliga a incluir el elemento subjetivo en su valoración (Padilla, 2005) que implica su percepción de bienestar, satisfacción en las distintas dimensiones de vida y con el tratamiento, recursos que estime poseer, y estrategias de afrontamiento que instrumente para hacer frente a las dificultades (Grau, 1998; Grau & Gonzáles, 1997). La forma de afrontar los sucesos como la enfermedad crónica no sólo está mediada por la interpretación que hace el individuo de aquél, o por el concepto de calidad de vida que posea, sino también por el apoyo social que perciba, esto es, su valoración de las redes sociales que podrían favorecer la adaptación a dicho acontecimiento vital (Moreno & Ximénez, 1996). El afrontamiento de dicha situación entraña que el individuo haga juicios reales sobre la enfermedad y utilice operaciones cognitivas que le permitan incrementar su gama de posibilidades, lo que incidirá en la actitud hacia sí mismo, ante la vida y ante los demás (Quiceno, Vinaccia, Lozano, Castaño & Fernández, en prensa).

Los sucesos vitales se concebían como eventos experimentados de forma real y objetiva por el individuo, que tenían la capacidad de alterar o amenazar con modificar el curso normal de vida, creando la necesidad de reajuste o de cambios potenciales en las actividades normales de las personas (Sandín, 1999).

No obstante que en la literatura sobre el citado fenómeno se puede encontrar un sinnúmero de investigaciones que reportan el efecto sobre la salud de diferentes tipos de estresores psicosociales, pocos autores se habían dado a la tarea de caracterizar conceptualmente los diferentes tipos de estresores (y al propio estrés) psicosociales. Una excepción se tiene con un trabajo de Chiriboga (1989), quien propuso tres niveles en los que pueden analizarse las situaciones estresantes: a) *nivel micro*: estresores psicosociales relacionados con experiencias diarias, como por ejemplo, ser atrapado en un trancón de tráfico, perder un avión,

llegar tarde a una entrevista laboral, etcétera; b) *nivel mezzo* (moderado): estresores que son conocidos como “sucesos vitales estresantes”, como por ejemplo, cambio de colegio y de residencia, problemas con el jefe o un compañero de trabajo, etcétera, y c) *nivel macro* (macrosocial): eventos no normativos que causan estrés, como por ejemplo, actos terroristas, recesiones económicas, desastres naturales (inundaciones y terremotos) y desplazamiento forzado, etcétera.

Cuando se afirma que una persona padece de estrés, en términos generales de lo que se habla, es de un exceso o sobre-esfuerzo del organismo al sobreponerse al nivel de resistencia experimentado por éste o bien cuando en el organismo se produce un incremento de activación que pone en riesgo su capacidad para mantener parámetros óptimos con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual (Sandín, 2003). De acuerdo con lo anterior, se puede definir al estrés a partir de tres orientaciones teóricas:

- Las orientaciones basadas en el estímulo interpretan y entienden el estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, interpretando que éstos pueden perturbar o alterar el funcionamiento homeostático del organismo. Así, “el estrés tiene su forma y composición características, pero ninguna causa particular“, es decir, es entendido como “*una respuesta no específica del organismo*” (Sandín, 1995). Esta aproximación concibe al estrés como variable dependiente.
- Las orientaciones basadas en la respuesta conciben al estrés como reacciones de las personas a los estresores; se coloca fuera del individuo. Se entiende como un estado de tensión producido por una circunstancia u otra a la que enfrenta una persona. Esta aproximación trata al estrés como variable independiente (Sandín, 1995).
- Las orientaciones basadas en el modelo relacional o de proceso, donde el estrés es el conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, asumiéndose que la persona es un agente activo que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognoscitivas (Sandín, 1995). Esta aproximación trata el estrés como un sistema de

procesos interdependientes, incluidos la evaluación y el afrontamiento, que median en la frecuencia, intensidad, duración y tipo de las respuestas psicológicas y somáticas.

Puede decirse, entonces, que los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento. Lo que hace la diferencia es la forma en la que cada persona afronta las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus características individuales y la naturaleza del medio; la evaluación cognitiva es la que finalmente determina que una relación individuo-ambiente resulte estresante o no. El afrontamiento es entendido entonces, como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas, que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria (Lazarus, 2000). El afrontamiento tiene dos funciones principales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), o bien, regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Ambos afrontamientos se influyen mutuamente y pueden potenciarse o interferir entre sí.

Seguidamente, los autores han propuesto tres tipos de evaluación cognitiva: evaluación primaria, evaluación secundaria y reevaluación. En la primera solamente las situaciones evaluadas como estresantes son las que implican cambio. Éstas pueden ser de tres tipos: de daño o pérdida, de amenaza y de desafío. Daño o pérdida se refiere a aquellos casos en que un individuo ha recibido un perjuicio (por ejemplo, la pérdida de un ser querido o la presencia de una enfermedad crónica); amenaza está relacionada con aquellos casos en los que se prevén daños o pérdidas, aunque éstos no han ocurrido y se pueden tratar de solucionarlos o afrontarlos de manera anticipada, y desafío implica la revisión anticipada de situaciones de daño o pérdida, como la amenaza, pero a diferencia de ésta se acompaña de la valoración de que existen fuerzas o habilidades suficientes para afrontarlas con éxito y obtener ganancias.

La evaluación secundaria se refiere al análisis que el sujeto hace de las conductas, los recursos o las habilidades de las cuales se dispone para

enfrentar la situación. Cuando la evaluación encuentra que no los hay o que son insuficientes, se desencadena la respuesta de estrés (psicofisiológica y emocional), además de las categorías de evaluación expuestas; por eso es fundamental considerar otras dos clases: la percepción de anticipación y la percepción de control de la situación. Este último se refiere a que el sujeto descubra que una situación depende de él y la puede manejar con los recursos de que dispone. La anticipación, por su parte, es prepararse para un suceso, junto con su carácter positivo o negativo, deseable o no deseable. Estos dos factores son fundamentales en el estrés, puesto que se ha encontrado que los sucesos percibidos como incontrolables o impredecibles, son los que tienen impacto sobre la salud (Sandín, 1999; Quiceno, et. al., en prensa). Finalmente en la selección de las respuestas, el organismo selecciona las posibles a las demandas percibidas y decide cuáles debe utilizar.

Según Barra, Cerna, Kramm y Vélez (2004) los estados emocionales pueden influir en la salud mediante efectos directos en el funcionamiento fisiológico, en el reconocimiento de síntomas, en la búsqueda de atención médica, en la involucración de conductas saludables y no saludables como en estrategias de regulación emocional y en la percepción de apoyo social. En general, los estados de ánimo negativos, especialmente si son intensos y/o prolongados, hacen al individuo más vulnerable a diferentes enfermedades infecciosas, incrementan la percepción y reportes de síntomas, disminuyen la predisposición a buscar atención médica oportuna, inducen conductas no saludables como fumar o ingerir alcohol y pueden afectar tanto la recepción como la percepción de apoyo social. Esto permitiría explicar que el pesimismo y ánimo depresivo, se asocian con un mayor efecto negativo del estrés sobre la salud (p. 56).

A nivel general las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Oblitas, 2006), desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon & Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Simón, 1999).

Partiendo de los anterior, en numerosas investigaciones (Badía, Salameo & Alonso, 2002; Martín-Ortiz, Sánchez & Sierra, 2005) se han utilizado instrumentos genéricos y específicos para tener una aproximación clínica ya sea a nivel psicológico o físico del impacto de la calidad de vida en los pacientes con cáncer.

Tabla 1
Instrumentos generales y específicos para evaluar calidad de vida
en pacientes con diferentes tipos de neoplasias

Calidad de vida Generales	Calidad de vida Específicos para Cáncer
- El perfil de salud de Nottingham (PSN)	- Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30
- SF-36: Medical Outcomes Study Short-form-36	- Cuestionario de Calidad de Vida para cáncer de Pulmón QLQ- LC13
- El EuroQoL-5	- Cuestionario de Calidad de Vida para tumores de cabeza y cuello QLQ-H&N35
- El perfil de salud de Nottingham (PSN)	- Cuestionario de Calidad de Vida para cáncer de mama de la EORTC QLQ-BR23
- WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF	- Cuestionario ROTTERDAM SYMPTOM CHECKLIST (RSCL)
- Sickness Impact Profile	- Escala de Calidad de vida POQOLS para niños con cáncer
	- Cáncer Rehabilitation Evaluation System (CARES)
	- Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT).

En un estudio desarrollado por Da Costa Neto y Ferreira de Araújo (2005), cuyo objetivo fue analizar la calidad de vida de 190 portadores de neoplasia de cabeza y de cuello (NCP), en la región central del Brasil utilizaron como instrumentos la Escala Análogo-Visual de Calidad de Vida para Portadores de NCP y las escalas EORTC QLQ-C30 y EORTC H&N-35. En la fase diagnóstica encontraron una disminución significativa en la calidad de vida general de los pacientes. Concluyeron además que las dimensiones de Síntomas, Relaciones Familiares y Sociales y Calidad de vida Global fueron las que tuvieron el más fuerte impacto en la Calidad de Vida.

Mosconi, Apolone, Barni, Secondino, Sbanotto y Filiberto (2002) en Italia, llevaron a cabo un estudio para evaluar la calidad de vida en 952 pacientes con cáncer de mama y colon. Las pacientes con cáncer de mama se compararon con una muestra de mujeres sanas y se les aplicó el cuestionario SF-36. Luego las pacientes con cáncer de mama se compararon con los pacientes de cáncer de colon y se les aplicó el EORTC QLQ-C30. Los resultados evidenciaron que las pacientes con cáncer de mama tuvieron una calidad de vida muy desfavorable en las Funciones Físicas en comparación al grupo control de mujeres sanas. De otro lado las pacientes con cáncer de mama relataron una percepción de salud desfavorable en las cinco dimensiones funcionales de la EORTC QLQ-C30 a comparación de los pacientes de cáncer de colon.

En Suecia Hammerlid y Taft (2001), realizaron una investigación con el fin de examinar la calidad de vida relacionada con la salud en 135 pacientes con cáncer de cabeza y cuello. A quienes les aplicaron los cuestionarios SF-36, el EORTC QLQ-C30 y el QLQ-H&N35. Los resultados demostraron que los puntajes del cuestionario SF-36 no fueron muy diferentes a los de la población general sana. En todas las escalas tuvieron buenos puntajes menos en las dimensiones Físicas. Por otro lado, los efectos secundarios del tratamiento medidos por el EORTC QLQ-C30 eran considerablemente más bajos en comparación a las medias del instrumento. Además, las variables sociodemográficas como la edad, el género y la ubicación del tumor influyeron sobre la percepción de la calidad de vida en general de los pacientes.

En un estudio llevado a cabo en Holanda por Cense, Visser, Van Sandick, De Boer, Lamme, Obertop y Van Lanschot (2004), que tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida en 36 pacientes al menos 6 meses después de la cirugía de esófago a través reconstrucción gastrointestinal por la interposición de colon, consideraron como instrumentos para el estudio los cuestionarios SF-36 y Rotterdam Symptom Checklist. Se compararon los datos del SF-36 con los alcanzados por otros pacientes con enfermedades similares. Los resultados demostraron que las funciones de Salud General, Función Física, Funcionamiento Social y Salud Mental, fueron las más afectadas. Los síntomas más frecuentes por el cuestionario de síntomas de Rotterdam, indicaron que la saciedad temprana después

de una comida, la disfagia, la diarrea, la pérdida de interés sexual, y la fatiga. En términos generales los pacientes tuvieron una calidad de vida muy desfavorable, incluso, años después de la cirugía.

Matsushita, Matsushima y Maruyama (2004) realizaron en Japón una investigación con el propósito de evaluar la calidad de vida pre y postoperatoria de pacientes con cáncer gastrointestinal (estómago, colon o recto) y analizar la relación entre la calidad de vida con varios factores psicológicos y clínicos. Utilizaron como instrumentos el EORTC QLQ-C30 y el HAD (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión) versión Japonesa antes y 6 meses después de la cirugía. El grupo fue dividido en tres: pacientes con estadio de enfermedad temprana, avanzada y pacientes con otros tipos de tumores (grupo control). Los resultados demostraron, de acuerdo a un seguimiento longitudinal del EORTC QLQ-C30, que con el tiempo se presentaban cambios clínicos significativos en la Función Física asociados al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, correlacionando negativamente con síntomas de depresión y ansiedad.

Steel, Chopra, Olek y Carr (2007), en los Estados Unidos, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar la eficacia de los tratamientos para la enfermedad crónica de hígado y una de las consecuencias de esta enfermedad, el carcinoma hepático. Se trabajó con tres grupos de sujetos. Un primer grupo diagnosticados con carcinoma hepático ($n=83$), un segundo con enfermedad crónica de hígado ($n=51$) y por último un grupo control formado por personas sanas ($n=138$). Aplicaron el cuestionario Functional Assessment of Cancer Therapy-Hepatobiliary (FACT-Hep). Los resultados evidenciaron que antes del tratamiento los pacientes con carcinoma hepático reportaron peor calidad de vida que los pacientes con enfermedad crónica de hígado y que el grupo control. De otro lado, los pacientes diagnosticados con enfermedad crónica de hígado y carcinoma hepático, informaron tener mejor relaciones sociales y bienestar familiar que el grupo control. Además, los pacientes con enfermedad crónica de hígado relataron haber tenido bienestar emocional equivalente al grupo control.

En consideración a lo antes mencionado, el objetivo de este estudio descriptivo exploratorio mediante encuestas de tipo transversal (Montero

& León, 2002) fue evaluar las calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento al estrés y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico del Instituto de Medicancer de la ciudad de Medellín, Colombia.

MÉTODO

Participantes

Participaron en este estudio 28 pacientes voluntarios entre los 18 a 70 años de ambos géneros con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico.

En la Tabla 2 se presentan las características sociodemográficas de la muestra: se observa que gran parte de los participantes fueron mujeres (60.7%) y un 39.3% fueron hombres. La mayoría de los sujetos del estudio (13 personas) se ubicaron en edades comprendidas entre los 48 y 57 años (46.3%), y el porcentaje más representativo (4 personas) se encontró en la edad de 48 años (14.3%), un 25.2% (7 personas) se ubicó entre los 18 a los 44 años y un 28.6% (8 personas) se agrupó entre los 60 a 70 años, y se encontró a nivel general un grupo mayoritario de adultos mayores.

Igualmente, un porcentaje mayor (89.3%) se agrupó en el estrato socioeconómico bajo (1 y 2) con un nivel de estudios en básica primaria (75.0%). En cuanto a la variable ocupación, se observó que la mayoría son amas de casa (53.6%), un 32.1% realiza una actividad laboral y el resto (14.3%) se agrupó en las categorías desempleado, pensión/jubilado y estudiante. El 50.0% de la muestra está ubicada en la categoría de casados y unión libre, el 25.0% son solteros y el otro 25.0% se ubica en la categoría de separados y viudos. Respecto a las variables diagnósticas, se encontró que gran parte de los pacientes padecían cáncer de colón (28.6) y cáncer de mama (21.4%), ver Tabla 3.

Tabla 2
Características sociodemográficas de los participantes del estudio

		Frec. (%)			Frec. (%)
Género	Hombre	11 (39.3%)	Escolaridad	Primaria	21 (75.0%)
	Mujer	17 (60.7%)		Secundaria	7 (25.0%)
Edad	18-44	7 (25.2%)	Estrato socioeconómico	Bajo (1 y 2)	25 (89.3%)
	48-57	13 (46.3%)		Medio (3 y 4)	3 (10.7%)
	60-70	8 (28.6%)		Ama de Casa	15 (53.6%)
Estado civil	Casado	13 (46.4%)	Ocupación	Empleado	2 (7.1%)
	Unión libre	1 (3.6%)		Trabajador independiente	7 (25.0%)
	Soltero	7 (25.0%)		Desempleado	7 (3.6%)
	Separado	5 (17.9%)		Pensionado/ Jubilado	1 (3.6%)
	Viudo	2 (7.1%)		Estudiante	2 (7.1%)

Tabla 3
Tipos de neoplasias estudiadas

	Frec. (%)		Frec. (%)
Cervix	1 (3.6%)	Leucemia	1 (3.6%)
Colon	8 (28.6%)	Linfoma	1 (3.6%)
Estómago	2 (7.1%)	Lupus	1 (3.6%)
Garganta	1 (3.6%)	Mama	6 (21.4%)
Gástrico	1 (3.6%)	Próstata	1 (3.6%)
Hígado	1 (3.6%)	Pulmón	4 (14.3%)

Instrumentos

Para la realización de este estudio se utilizó el módulo general del Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30), en la versión española de Arraras, Illarramendi y Valerdi (1996). El módulo general del Cuestionario de Calidad de Vida (EORTC QLQ-C30) consta de 30 ítems, los cuales evalúan cinco escalas funcionales (social, emocional, física, cognitiva y de rol), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómito) y una escala global de calidad de vida. Esta escala incluye además un ítem orientado al área financiera, así como otros ítems individuales relacionados con los

síntomas de la enfermedad y su tratamiento (problemas del sueño, pérdida de apetito, diarrea, disnea y estreñimiento). Una mayor puntuación en las escalas Funcionales, indica una mejor calidad de vida y una mayor puntuación en las escalas de Síntomas, indica una peor calidad de vida. Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach para las 5 escalas estuvieron cercanos a puntajes de 0,70.

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés CAE (Sandín & Chorot, 2003). Es una prueba para mayores de 18 años que puede aplicarse en forma individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 15 minutos. Este cuestionario está conformado por 42 preguntas divididas en 7 subescalas, estas son: 1). Búsqueda de apoyo social (BAS), 2). Expresión emocional abierta (EEA), 3). Religión (RLG), 4). Focalizar en la solución del problema (FSP), 5). Evitación (EVT), 6). Autofocalización negativa (AFN) y 7). Reevaluación positiva (REP). Contiene cinco opciones de respuesta que van de 0= nunca hasta 4=casi siempre. Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach para las 7 subescalas variaron entre 0,64 y 0,92.

Para evaluar el nivel de ansiedad y depresión se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), en la versión en castellano desarrollada en Colombia por Rico, Restrepo y Molina (2005). El coeficiente Alfa de Cronbach encontrado en la validación fue de 0.85. El HAD utiliza una escala tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta que van de 0 hasta 3 para evaluar de manera situacional la ansiedad y la depresión, con relación al periodo actual. La puntuación total en cada subescala de 7 preguntas se obtiene sumando los ítems correspondientes, en un rango de 0 a 21. A mayor puntuación, más altos niveles de ansiedad o depresión.

Procedimiento

Los pacientes que acudían a consulta externa a las instalaciones del Instituto de Medicancer de Medellín (Colombia) fueron informados acerca de los objetivos de la investigación. Una vez brindada la información, se solicitó a los pacientes el consentimiento para participar en el estudio, comentándoles acerca del secreto ético de la información y que podrían retirarse de la investigación cuando ellos lo consideraran. Una vez

obtenido el consentimiento informado, se diligenció la ficha de datos sociodemográficos y se les entregó los tres instrumentos (EORTC QLQ-C30, CAE y HAD), los cuales fueron autodiligenciados por los pacientes con la supervisión del entrevistador, con una duración aproximada de 40 minutos.

RESULTADOS

Se observa en la Tabla 4 las diferentes medidas de tendencia central, tales como la moda, la desviación típica y los puntajes mínimos y máximos de cada uno de los instrumentos psicométricos y sus diferentes dimensiones.

Tabla 4
Estadísticas descriptivas de las variables del estudio: Calidad de Vida,
Afrontamiento del Estrés y Ansiedad-Depresión

	Media	Moda	D.T.	Mínimo	Máximo
EORTC QLQ-C30					
Función Física	115.0	133.3	21.1	73.3	133.3
Función Emocional	95.5	108.3	28.4	33.3	133.3
Función de Rol	86.6	125.0	85.3	-100.0	200.0
Función Cognitiva	113.0	133.3	20.9	66.6	133.3
Función Social	101.1	116.6	30.7	33.3	133.3
Escala Global	64.5	66.6	24.9	0.0	100.0
Fatiga	3.1	-33.3	29.6	-33.3	55.5
Náuseas y Vómito	-3.5	-33.3	30.2	-33.3	66.6
Dolor	-7.1	-33.3	29.1	-33.3	66.6
Disnea	-23.8	-33.3	17.8	-33.3	33.3
Problemas Sueño	11.9	0.0	35.3	-33.3	66.6
Pérdida Apetito	-2.3	-33.3	37.3	-33.3	66.6
Estreñimiento	1.1	-33.3	37.9	-33.3	66.6
Diarrea	-15.4	-33.3	30.7	-33.3	66.6
Dificultades Financieras	2.3	0.0	29.9	-33.3	66.6

	Media	Moda	D.T.	Mínimo	Máximo
CAE					
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	11.8	14	5.7	1	20
Expresión Emocional Abierta (EEA)	5.4	4	3.0	0	13
Religión (RLG)	8.2	11	4.7	0	17
Focalizar en la Solución del Problema (FSP)	13.7	14	5.0	2	22
Evitación (EVT)	16.7	16	3.8	8	23
Autofocalización Negativa (AFN)	7.0	6	3.4	2	14
Reevaluación Positiva (REP)	17.9	20	3.6	8	24
HAD					
Ansiedad	8.2	11	4.7	0	17
Depresión	4.1	1	3.6	0	13

A nivel general se observa que los pacientes del estudio tuvieron puntuaciones medias en las escalas de Función Emocional, Función de Rol, Fatiga y Problemas del sueño, y puntuaciones medio altas en las escalas de Función Física, Función Cognitiva, Función Social y Global, del cuestionario EORTC QLQ-C30, lo cual indica una calidad de vida de buena a muy favorable en lo relacionado a factores psicosociales y de rol o actividades diarias. Con respecto a la escala de Síntomas como Náuseas y Vómito, Dolor, Disnea, Pérdida Apetito, Estreñimiento y Diarrea, hubo puntajes medio bajos igual que en la escala de Dificultades Financieras, indicando poca manifestación de sintomatología asociada por la enfermedad y los efectos del tratamiento quimioterapéutico como de dificultades económicas.

Se aprecia a nivel descriptivo, con relación a las medias de los resultados obtenidos, que los puntajes de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra estudiada para hacer frente a los diferentes problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida son medios en las subescalas de Búsqueda de Apoyo Social, Religión, Solución del Problemas y Autofocalización Negativa, son altos en las subescalas de Evitación y Reevaluación Positiva y bajos en la subescala de Expresión Emocional Abierta. Indicando que los pacientes de nuestro estudio utilizaron con frecuencia estrategias de tipo cognitivo que les favoreciera sobrellevar el

impacto de la enfermedad. De otro lado, hubo alta evitación conductual y emocional, expresando poco sus emociones ante los demás.

En relación a los puntajes de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), se puede apreciar que los síntomas depresivos son muy bajos con respecto a los puntos de corte de validación de esta escala en Colombia, que es de 8 puntos para diagnosticar síntomas depresivos. En cuanto a la variable ansiedad se observan pocas manifestaciones de acuerdo a los niveles de corte de 9 puntos planteados por Rico et al., (2005) para indicar presencia de síntomas de ansiedad.

En cuanto a los resultados de la aplicación del Coeficiente de Correlación de Pearson a todas las variables del estudio, encontramos que hubo correlaciones altas positivas y negativas ($p > 0.5$) con respecto a algunas de las dimensiones de calidad de vida del cuestionario EORTC QLQ-30 entre sí, como se describe en la Tabla 5.

Tabla 5
Correlación de las diferentes dimensiones de Calidad de Vida del instrumento EORTC QLQ-C30

	Función Física	Función Social	Escala Global	Fatiga	Náuseas y Vómito	Dolor
Fatiga	*-.71		*.61			
Náuseas y Vómito	*-.59			*.59		
Dolor	*-.60	*-.66	*-.67	*.71	*.58	
Pérdida de Apetito	*-.51			*.56	*.59	
Estreñimiento	*-.61					*.58
Dificultades Financieras		*-.58				

- *Función Física* correlacionó negativamente con Fatiga (-.71), Náuseas y Vómito (-.59), Dolor (-.60), Pérdida de Apetito (-.51) y Estreñimiento (-.61). Los síntomas de la enfermedad y el tratamiento quimioterapéutico se relacionan negativamente con las actividades diarias que requieren un esfuerzo físico moderado de los pacientes como salir de compras, hacer un paseo, llevar un bolsa pesada, ir al mercado o requerir ayuda para comer, asearse, vestirse, entre otras.

- *Dolor* correlacionó negativamente con Función Física (-.60), Función Social (-.66) y Escala Global (-.67) y correlacionó positivamente con Fatiga (.71), Náuseas y Vómito (.58) y Estreñimiento (.58). El dolor como síntoma afecta la percepción de calidad de vida del paciente y las actividades psicosociales. Por otro lado, los síntomas de dolor causados directamente por la enfermedad e indirectamente por el tratamiento médico tienen alto impacto sobre otros síntomas asociados con la enfermedad.
- *Fatiga* correlacionó positivamente con Náuseas y Vómito (.59), Pérdida de Apetito (.56) y Escala Global (.61). El cansancio y debilitamiento físico originado por la enfermedad y el tratamiento médico se relacionan con dificultades digestivas.
- *Náuseas y Vómito* correlacionó positivamente con Pérdida de Apetito (.59). El hecho frecuente de sensación de náuseas y vómitos altera el deseo de comer y genera una predisposición negativa hacia a la conducta alimenticia, percibiendo los alimentos como un estímulo aversivo.
- *Dificultades Financieras* correlacionó negativamente con Función Social (-.58). La situación económica, el tipo de ingresos y posiblemente los costos causados por la enfermedad condiciona muchas de las actividades relacionadas con la vida social de los pacientes.

Discusión

En el presente estudio se trabajó con una muestra de 28 pacientes, mayoritariamente adultos mayores de ambos géneros con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico de la ciudad de Medellín, Colombia. Se administraron los Cuestionarios EORTC QLQ-C30, CAE y HAD.

De acuerdo con los resultados de nuestra investigación, la calidad de vida de los pacientes con cáncer fue de buena a muy favorable. A nivel general los pacientes con cáncer reportaron que la enfermedad y el tratamiento médico no interfirieron demasiado en la realización de las

actividades de la vida diaria, en actividades o encuentros de tipo social o familiar, como tampoco interfirió en la capacidad para concentrarse o recordar los acontecimientos de su entorno lo mismo que la sintomatología clínica asociada al tratamiento quimioterapéutico como regurgitación, acidez, sensación de náuseas en el estómago, deseos de vomitar y vómito, dolor, disnea, inapetencia, diarrea o estreñimiento. En nuestro estudio puede decirse que la percepción favorable en la calidad de vida global de los pacientes con cáncer estuvo específicamente supeditada a unas buenas Funciones Físicas y una baja sintomatología física.

Los resultados de nuestro estudio son similares a las investigaciones desarrollada por Da Costa Neto y Ferreira de Araújo (2005) y Steel et al. (2007), donde las dimensiones relacionadas con los síntomas de la enfermedad del cáncer, las relaciones familiares y sociales tuvieron alto impacto en la calidad de vida general de los pacientes. Por el contrario los datos anteriores difieren de los estudios llevados a cabo por Mosconi et al. (2002); Cense et al. (2004) y Hammerlid y Taft (2001), quienes reportaron en las dimensiones funcionales una calidad de vida desfavorable en los pacientes con cáncer. De otro lado, se encontraron en nuestro estudio relaciones significativas entre los síntomas de la enfermedad con los síntomas físicos, los factores psicosociales y funcionales. Numerosas revisiones de la literatura apuntan a estas conclusiones (López Ríos, López Martínez & Gil Roales, 2004; García-Camba, 1999; Gil, 2000).

Con relación a las estrategias de afrontamiento, se encontró en los pacientes de cáncer de nuestro estudio que tuvieron frecuentes manifestaciones de evitación a nivel conductual y emocional expresando poco sus sentimientos, y a nivel cognitivo posiblemente hubo alta supresión de pensamientos negativos sustituyéndolos por frecuentes pensamientos positivos que les favorecieran tolerar la enfermedad. En los últimos treinta años numerosas investigaciones han llegado a definir a un patrón de comportamiento llamado tipo C, referido a la marcada contención emocional que presentaban algunos pacientes aquejados de cáncer. López, Esteve, Ramírez y Anarte (1998), plantearon que este constructo podía estar compuesto de las siguientes dimensiones teóricas: control emocional, represión emocional y comprensión. Partiendo de la idea que el tipo C, podría considerarse como modo de afrontamiento que vendría

caracterizado por el grado de dominio y control de emociones socialmente negativas (como la ira), el disimulo y la no expresión de dichas emociones, y la capacidad para comprender a los demás, incluso, aunque éstos actúen en contra de los intereses del sujeto.

A nivel general, nuestra muestra no presentó síntomas clínicos de ansiedad-depresión, teniendo en cuenta los estándares de referencia de la escala HAD en la versión Colombiana de Rico et al. (2005). Estos resultados difieren de las investigaciones desarrolladas por Matsushita et al. (2004); Bodurka-Bevers, Basen-Engquist y Carmack (2000); Lloyd-Williams y Friedman (2001); Nordin y Glimelius (1999) quienes plantearon que la depresión y en muchos casos la ansiedad son afecciones comorbidas que afectan e incapacitan aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes con cáncer.

Finalmente, hay suficiente evidencia que muestra que diversos factores psicosociales tienen relación con la calidad de vida de las personas que padecen cáncer, lo cual apoya la hipótesis de que contribuyen a su curso clínico. La adaptación a la enfermedad dependerá, además, de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el *locus* de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otras. Todos estos factores, en algunos casos, podrán permitir o no a los pacientes con cáncer lograr tener salud y por ende bienestar psicológico.

Referencias

- Arraras, J.I., Illarramendi, J.J. & Valerdi, J.J. (1996). El cuestionario de calidad de vida de la EORTC. Estudio estadístico con una muestra española. *Revista de Psicología y salud*, 7, 13-33.
- Badía, X., Salamero, M. & Alonso, J. (2002). *La medida de la salud*. Barcelona: Edimac.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. & Vélez, V. (2004). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*,

24, 55-61.

- Bodurka-Bevers, D., Basen-Engquist, K. & Carmack, C.L. (2000). Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecology Oncology*, 78, 302-308.
- Buela-Casal, G., Caballo, V.E. & Sierra, J.C. (Eds.) (1996). *Manual de evaluación de la psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo
- Brighton, D. & Wood, M. (2005). *The Royal Marsden Hospital Handbook of Cancer Chemotherapy*. New York : Churchill Livingstone
- Carver, C.S., Meyer, B. & Antoni, M.H. (2000). Responsiveness to threats and incentives, expectancy of recurrence, and distress and disengagement: Moderator effects in early-stage breast cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 965-975.
- Chiriboga, D.A. (1989). The measurement of stress exposure in later life. En K.S. Markides y C.L. Cooper (Eds.), *Aging, stress and health* (pp. 13-41). New York: Academic Press.
- Cense, H.A., Visser, M.R., Van Sandick, J.W., De Boer, A.G., Lamme, B., Obertop, H. & Van Lanschot, J.J. (2004). Quality of life after colon interposition by necessity for esophageal cancer replacement. *Journal Surgery Oncology*, 88, 32-38.
- Da Costa Neto, S.B. & Ferreira de Araújo, T.C. (2005). Calidad de vida de los portadores de neoplasia de cabeza y de cuello en fase diagnóstica. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 53-63
- De Vita, V.T., Hellman, S. & Rosenberg, SA. (2000). *Cáncer: Principios y práctica de la Oncología*. Vol. 2. Buenos Aires: Panamericana
- Díaz, E., Miralles, P. & Pérez, P. (2000). *Cáncer: Principios y Práctica de Oncología*. Madrid: Arán Ediciones
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2000). Mortalidad por tumores. *Revista Epidemiológica de Antioquia*, 25, 103-115.
- García-Camba, E. (1999). *Manual de psicooncología*. Madrid: Grupo Aula Médica
- Gil, F. (2000). *Manual de Psico-Oncología*. Madrid : Nova Sidonia Oncología
- Gil-Roales, J. (Ed.) (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide
- Grau, J. (1998). La calidad de vida en el enfermo de cáncer avanzado. En M. Gómez- Sancho (Ed.): *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. La Habana: ICEPSS
- Grau, J. & González, U. (1997). *Ética, calidad de vida y psicología de la salud*. Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional de Psicología, Santiago de Chile, Chile.

- Guillem, V. (2002). *Avances en Oncología*. Madrid: Arán Ediciones
- Hamilton, W. & Peters, T.J. (2007). *Cancer diagnosis in primary care*. New York: Churchill Livingstone
- Hammerlid, E. & Taft, C. (2001). Health-related quality of life in long-term head and neck cancer survivors: a comparison with general population norms. *British Journal Cancer*, 84, 149-156.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclee de Brouwer
- López, A.E., Esteve, R., Ramírez, C. & Anarte, M. (1998). Dimensionalización del constructo de personalidad tipo C. *Psyche*, 7, 3-12 .
- López Ríos, F., López Martínez, A.E. & Gil Roales-Nieto, J. (2004). Comportamiento como riesgo para cáncer. En J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de la Salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 391-406). Madrid: Pirámide
- López, A., Ramírez, C., Esteve, R. & Anarte, M. (2002). El constructo de personalidad tipo C: Una contribución a su definición a partir de datos empíricos. *Psicología Conductual*, 10, 229-234.
- Lloyd-Williams, M. & Friedman, T. (2001). Depression in palliative care patients a prospective study. *European Journal Cancer Care*, 10, 270-274 .
- Mantilla, A., Vesga, B.E & Insuasty, J.S. (2006). Registro de cáncer, Unidad de Oncología, Hospital Universitario Ramón González Valencia, Bucaramanga, Colombia (1996- 1999). *Medicina UNAB*, 9, 14-19.
- Martín-Ortiz, J.D., Sánchez, M.J. & Sierra, J.C. (2005). Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 34-45.
- Matsushita, T., Matsushima, E. & Maruyama, M. (2004). Assessment of peri-operative quality of life in patients undergoing surgery for gastrointestinal cancer. *Support Care Cancer*, 12, 319-325.
- Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Moreno, B. & Kern de Castro, E. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud infantil y el trasplante de órganos: una revisión de literatura. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 46-52.
- Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de la vida. En G. Buena-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.): *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Mosconi, P., Apolone, G., Barni, S., Secondino, S., Sbanotto, A. & Filiberto, A. (2002). Quality of life in breast and colon cancer long-term survivors: an assessment with the EORTC QLQ-C30 and SF-36 questionnaires. *Tumori*, 88,110-116.

- Nordin, K. & Glimelius, B. (1999). Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *British Journal Cancer*, 79, 525-529.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson Learning
- Peñacoba, C. & Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Padilla, G. (2005). Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 80-88.
- Quiceno, J.M., Vinaccia, S., Lozano, I.C., Castaño, Z. & Fernández, H. (en prensa). Estrés y estrategias de afrontamiento en un grupo de personas con VIH. En Juan José Sánchez-Sosa, Julio Alfonso Piña López & Blanca Margarita Rivera Icedo (Eds.). *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH: investigación e intervención*. México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Rico, J.L., Restrepo, M. & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*, 3, 73-86.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología de Psicología Clínica y de la salud*, 3, 141-157.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés CAE: desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54.
- Sandín, B. (1995). Estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds), *Manual de psicopatología* (pp. 4-47). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1999). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Simón, M.A. (1999). *Tratado de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Steel, J.L., Chopra, K., Olek, M.C. & Carr, B.I. (2007). Health-related quality of life: Hepatocellular carcinoma, chronic liver disease, and the general population. *Quality Life Research*, 16, 203-215.
- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E. & López, A.E. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Universitas Psychologica*, 5, 575-583.

- Vinaccia, S. (2005). Presentación número monográfico. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 1-2.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno San Pedro, E., Cadena, J. & Anaya, J.M. (2005a). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological therapy*, 5, 45-60.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Contreras, F., Zapata, M., Fernández, H., Bedoya, M. & Tobón, S. (2005b). Calidad de vida, Personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-221.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, C., Marín, A. & Tobón, S. (2005c). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23, 15-24.