

## **Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés en sujetos con cáncer**

Analysis of an instrument to assess coping with stress by subjects suffering cancer

MARÍA TERESA GONZÁLEZ MARTÍNEZ\*

### **RESUMEN**

Este cuestionario sobre el afrontamiento del estrés en sujetos que padecen cáncer, se construyó teniendo en cuenta la importancia que el afrontamiento tiene en la adaptación y equilibrio emocional del sujeto y la necesidad de crear un instrumento que evalúe dicho afrontamiento

Se pretende contribuir a la difusión y mejor conocimiento del mismo en todos los ámbitos de estudio e intervención sobre los problemas de estrés, aportando información sobre sus características y condiciones a nivel clínico y de diagnóstico.

Evalúa las estrategias de afrontamiento, tanto las que van dirigidas a luchar para solucionar los problemas que plantea la situación (*afrontamiento centrado en el problema*) o mejorar o eliminar el malestar emocional (*afrontamiento centrado en la emoción*), como las que lo evitan o tratan de resolverlo de manera desajustada o inadaptada. A partir de ellas, se determina el “*modo de afrontamiento*” del paciente.

Se trata de un instrumento de 40 ítems, distribuidos en siete escalas, construido sobre la base de una sólida fundamentación teórico-científica y estadística. Así mismo, puede considerarse un recurso de gran utilidad en de la investigación sobre el estrés y afrontamiento en sujetos con enfermedades graves y/crónicas.

---

\* Doctora en Psicología. Universidad de Salamanca, Catedrática E.U., Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Educación, C/ Paseo de Canalejas, Nº 169, 37008, Salamanca España. Tfno: +34 923 294630 (Ext. 3443). E-mail: mtgonzalez@usal.es

**Palabras Clave:** Estrés, Cáncer, Afrontamiento, Evaluación.

#### ABSTRACT

This questionnaire about coping with stress by people suffering cancer was developed bearing in mind its importance for the emotional adaptation and the need to provide an instrument which assesses that coping.

This article aims to contribute to spread and bring better knowledge in every field of study and intervention on stress by providing information about its features and conditions, in a clinical and diagnostic level.

It evaluates the strategies of facing the situation: those who intend to fight and solve the problems that the situation raises (centred on the problem), those who improve or eliminate the emotional disorder (centred on emotion) and those which try to prevent or solve it in a wrong or failing way. The patient's course of action is determined through those strategies.

It includes forty items, distributed in seven scales made on the basis of a theoretic, scientific and statistical foundation. It can also be considered a really useful resource to investigate stress and its dealing, in subjects who suffer from serious and chronic illnesses.

**Key Words:** Stress, Cancer, Coping strategies, Assessment

#### INTRODUCCIÓN

En el contexto de nuestro trabajo sobre la relación entre cáncer y variables psicológicas, surgió la idea de crear este instrumento de evaluación del afrontamiento al estrés. Con él hemos pretendido aportar un recurso efectivo y de gran interés para conocer y valorar algunos de los aspectos psicológicos que se implican en el padecimiento de esta enfermedad.

No podemos olvidar que, desde un modelo de salud integral, las variables psicológicas forman parte del proceso

de salud-enfermedad y que el conocimiento y valoración de dichas variables es una condición indispensable para poder explicar e intervenir en dicho proceso.

Desde este planteamiento, se puede decir que una de las variables psicológicas de gran relevancia en el proceso de salud-enfermedad, es el modo, los recursos o las estrategias que utiliza el sujeto para hacer frente a todos los eventos que forman parte de la enfermedad y/o que concurren en torno a la misma.

No cabe duda que a través de la entrevista clínica podemos obtener

información muy significativa sobre el modo en que el sujeto maneja su situación, sus recursos y sus estados emocionales frente a ella, sin embargo, nos parece que es necesario complementar esta información con otros datos que nos permitan conocer de forma objetiva el modo en que el sujeto valora todos los acontecimientos que está viviendo, sus propios recursos frente a ellos y las conductas y cogniciones que esas valoraciones desencadenan.

Por ello, consideramos la necesidad de apoyar la información obtenida en la entrevista clínica con otros datos obtenidos mediante instrumentos psicométricos de evaluación que, sin duda, ayudan a lograr un conocimiento más preciso y objetivo del sujeto y del estado psicológico en que se encuentra.

Esta necesidad y la ausencia de instrumentos que evaluaran los aspectos indicados, sirvió de motivo para plantearnos la tarea de elaborar un cuestionario de recogida de información, el "*Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer para Pacientes Oncológicos - CAEPO*", que valorara las estrategias de afrontamiento (conductas y cogniciones) que utiliza el sujeto cuando se encuentra en la situación de diagnóstico y tratamiento de una enfermedad como el cáncer.

No cabe duda que se trata de una situación que globalmente se puede identificar como "estresante", en la medida en que todos y cada uno de los

acontecimientos que la configuran, (la enfermedad, las terapias oncológicas, la hospitalización, las implicaciones familiares, sociales y laborales que conlleva, etc.), suponen en mayor o menor grado una amenaza a la integridad física, psicológica, familiar y/o social del paciente.

En la medida en que el sujeto posea recursos para afrontar esos acontecimientos, será menos vulnerable a los mismos y más capaz de poner en marcha conductas adaptativas que le ayuden a resolver las dificultades que surgirán en su nueva situación. En cambio, si carece de esos recursos o los que utiliza son inadecuados para manejar los nuevos acontecimientos, surgirán problemas de ajuste que interfieren negativamente en la adaptación del sujeto. En ambos casos, las conductas y recursos que el sujeto utiliza, no sólo intervienen en los mecanismos de adaptación psicológica del sujeto, sino que su influencia se extiende al proceso mismo de la enfermedad.

En este sentido, hay que indicar que son numerosos los autores se han ocupado, desde hace ya varias décadas, de destacar esta relación y señalar que el sujeto con cáncer se encuentra en situación de estrés. Así mismo, que las "estrategias de afrontamiento" que utiliza influyen en su adaptación psicológica y también en la evolución y proceso de la enfermedad. (Bjordal y Kaasa, (1995); González Martínez, (1994); González Martínez y Cañizo

Alvarez del, (1993); González Martínez, Muñoz y Pardal, (2000); Larsson, Haglund y Von Essen, (2003); Moorey y Creer, (1989); Simonton y Simonton, (1981); Telfer y Shepherd, (1993).

Existen así mismo numerosos estudios e investigaciones que en la relación entre estrés y cáncer, además de considerar que el estrés es una consecuencia del padecimiento y/o tratamiento de la enfermedad, entienden que el estrés es un elemento perturbador de la salud y un factor potencialmente desencadenante de todo tipo de enfermedades, entre ellas el cáncer. En este sentido, han asociado el estrés con la aparición y desarrollo de dichas enfermedades (Cooper, (1982); Kessler, (1979); Lindberg y Wwllisch, (2004); Selye, (1979); Sklar y Anisman, (1985); Staton y Snider, (1993); Watson, Davidson-Homewood, Haviland y Bliss, (2003).

Sea cual sea el sentido que se establezca en esta relación entre estrés y cáncer, lo cierto es que dentro de la investigaciones sobre la relación entre el cáncer y factores psicológicos, el estrés, ha sido una de las variables mas investigada y una de las que ha dado lugar a mayor número de trabajos y publicaciones. Desde los años sesenta y setenta en que aparecen los primeros estudios experimentales, en los que se analiza la influencia de determinados estresores en la aparición y desarrollo de tumores cancerosos en animales, (Ader y Friedman,

(1965); Amkraut y Solomon, (1972); Dechambre, (1985); Riley, (1975); Peters y Nelly, (1977); Sklar y Anisman, (1979), hasta investigaciones mas cercanas al momento actual (Millar y Cohen, (2001); Bayés, Borrás, Soriano y Arrarás, (1979); Sebastián, Mateos y Prado, (2000); Palermo-Neto, Oliveira Massoco y Robespierre, (2003), la relación entre estrés y cáncer ha sido un tema de persistente interés tanto desde el ámbito de las Ciencias Biomédicas como desde la Psicología Clínica y la Psicooncología.

En todos los casos y a pesar de las diferencias entre las distintas investigaciones, especialmente si estas se realizan en el campo de la experimentación con animales o en el ámbito de la investigación humana, los resultados permiten hacer al menos dos importantes conclusiones: La primera, que no es tanto el estrés, considerado como "*estimulación estresante*", como "*acontecimientos vitales estresantes*", el que produce o influye en la aparición de la enfermedad, sino que es la "*incapacidad del sujeto para hacer frente a esa situación*" o la "*carencia de estrategias adecuadas para hacer afrontar la situación*" lo que actúa como factor asociado al desarrollo del cáncer y a la evolución de la enfermedad . La segunda, que la influencia del estrés sobre el cáncer se explica a través de la acción depresora del estrés sobre el sistema inmunológico.

Es indudable la importancia que el estrés ha tenido en la investigación psicológica sobre el cáncer, y que el estrés, tomado como causa o como consecuencia de la enfermedad, ha sido el centro de numerosos trabajos, sin embargo y a pesar de ello, no se han construido instrumentos específicos para evaluar el modo y las estrategias de que utilizan estos sujetos para afrontar los acontecimientos estresantes que están viviendo.

*El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes Oncológicos -CAEPO-*, fruto de 10 años de trabajo con pacientes oncológicos, ha pretendido, en este sentido, dar respuesta a la necesidad de disponer de un cuestionario de evaluación en el ámbito específico de la Psicooncología. Así mismo, consideramos que con este instrumentos, estamos realizando una aportación de gran interés al campo de la Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud.

Por último, quisiéramos insistir en la importancia de obtener esta información ya que, aunque son muchas las variables psicológicas que están implicadas en el proceso de esta enfermedad, creemos que el modo en que el sujeto se enfrenta a ella, es sin duda una de las más relevantes, no solo por la influencia que puede tener en dicho proceso, sino porque es uno de los referentes ineludibles al que tenemos que recurrir cuando tratamos de ayudar a estos pacientes a adaptarse a su

nueva situación con la mejor calidad de vida posible.

Aunque el cuestionario en sus inicios se concibió como un instrumento de evaluación para pacientes oncológicos, posteriormente hemos considerado que puede ser un instrumento válido y muy útil con pacientes que sufran cualquier tipo de enfermedad crónica o aguda que resulte incapacitante o que sea percibida por el sujeto como una amenaza a su integridad a nivel físico, psicológico o social. Es importante indicar así mismo, que el CAEPO puede ser un instrumento de investigación muy útil en el campo del estrés y específicamente en el del afrontamiento al estrés.

El objetivo fundamental de este artículo es contribuir a la difusión y mejor conocimiento de nuestro cuestionario en el ámbito general de la Evaluación y en especial en el de la Evaluación Clínica, proponiéndolo como un recurso de interés para todos aquellos profesionales e investigadores que desarrollan su actividad en este campo. Y aunque no es nuestra intención exponer detalladamente el cuestionario al que nos referimos, algo que, por otra parte, el lector puede encontrar en la publicación del mismo, González Martínez, (2004), si vamos a hacer algunas puntualizaciones respecto a las características del cuestionario y a su fundamentación teórico-científica y estadística.

## 2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL “CAEPO”

*El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)*, es un instrumento para evaluar las estrategias de afrontamiento (*conductas y cogniciones*) que utilizan los sujetos ante la situación de diagnóstico y tratamiento de una enfermedad como el cáncer.

A partir de estas estrategias, tanto las que van dirigidas a luchar para solucionar los problemas que plantea la situación (*afrontamiento centrado en el problema*), a mejorar o eliminar el malestar emocional (*afrontamiento centrado en la emoción*), como las que lo evitan o tratan de resolverlo de manera desajustada o inadaptada, se determina el “*modo de afrontamiento*” del paciente.

El cuestionario está configurado por 40 ítems que se organizan en torno a 7 escalas, cada una de las cuales operacionaliza el factor correspondiente a una determinada dimensión o estrategia de afrontamiento. El origen y la naturaleza de las 7 escalas del

CAEPO se han establecido mediante estudios de análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax.

De las siete escalas, tres, que incluyen 20 ítems, sirven para explorar la presencia de conductas y pensamientos, positivos y activos, tendentes a enfrentarse y buscar alguna solución para mejorar su situación y/o el desequilibrio emocional que genera la enfermedad<sup>1</sup>. Estas tres escalas son: *Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA, 9 ítems)*, *Autocontrol y Control Emocional (ACE, 7 ítems)* y *Búsqueda de Apoyo Social (BAS, 4 ítems)*. Las puntuaciones altas en estas escalas indican la presencia de estrategias de afrontamiento positivas y activas frente a una situación que el paciente ha valorado como *grave y difícil de abordar*. Las puntuaciones altas en estas escalas favorecen el ajuste del sujeto a la situación que está viviendo, tanto en lo que se refiere a la enfermedad como a las relaciones sociales y familiares que podrían estar afectadas por la propia enfermedad.

---

1. **La Escala de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA)**. Esta escala evalúa aquellas estrategias de un sujeto que tiene una visión optimista respecto al pronóstico de la enfermedad y de sus posibilidades para luchar contra ella. El sujeto, aunque valora la situación como grave y difícil, sin embargo, ve en ella un reto al que está dispuesto a responder de forma activa y colaboradora.

**La Escala de Autocontrol y Control Emocional (ACE)**. Evalúa las estrategias que le llevan al sujeto a responder de forma activa utilizando pensamientos y conductas dirigidos a disminuir o desaparecer el esto emocional displacentero causado por la enfermedad. Como en el caso anterior, está valorando su situación como muy difícil.

**La Escala de Búsqueda y Apoyo Social (BAS)**. Desde una valoración de la situación semejante a los dos casos anteriores, esta escala explora la valoración que el sujeto hace del apoyo social percibido y las estrategias que pone en marcha para lograr un mejor apoyo social e informativo.

Los otros 20 ítems, constituyen las cuatro escalas restantes, *Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA, 6 ítems)*, *Pasividad, Resignación Pasiva (PRP, 5 ítems)*, *Huida y Distanciamiento (HD, 6 ítems)* y *Negación (3 ítems)*<sup>2</sup>. Estas cuatro escalas exploran la presencia de conductas y pensamientos inadecuados o no adaptativos. Dichas respuestas, que surgen cuando el sujeto valora su situación como *excesivamente amenazante o se siente incapaz de hacerla frente*, van a generar en él un estado emocional de desequilibrio y excesiva ansiedad, llevándole a tratar de eludir el problema, a aceptarlo estoicamente sin luchar o a negarlo pasivamente. Las puntuaciones altas en estas escalas, por tanto, impiden o interfieren en el ajuste del sujeto a la enfermedad y/o los acontecimientos que concurren en torno a ella.

Como hemos indicado anteriormente, el CAEPO es un instrumento

útil para evaluar el afrontamiento no sólo en sujetos con diagnóstico de cáncer, sino también en otros muchos sujetos que padezcan algún tipo de enfermedad física grave y/o crónica que pueda situarles en situación de vulnerabilidad para padecer estrés.

El enunciado de los ítems es claro, sencillo y fácilmente comprensible para cualquier sujeto, aunque no posea estudios o su nivel cultural sea bajo.

Debe aplicarse de forma individual y en el entorno y condiciones que se requieren para cualquier tipo de examen o evaluación psicológica. Está diseñado para que se pueda utilizarse en forma autoaplicada, no obstante, es aconsejable que se aplique en forma de entrevista.

La aplicación es fácil, e incluso puede hacerse por profesionales que no posean entrenamiento en este ámbito de la evaluación, sin embargo consideramos que es mucho más efec-

---

2. **La Escala de Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA).** Evalúa aquellas estrategias en las que el sujeto valora su situación como muy grave y amenazante y con un pronóstico inseguro. Al mismo tiempo, se siente ansioso y poco optimista respecto a sus posibilidades para controlar la situación.

**La Escala de Pasividad y Resignación Pasiva (PRP).** Evalúa aquellas estrategias en las que el sujeto, igual que en anterior, valora su situación como muy grave, sintiéndose incapaz de hacer frente a una enfermedad para la que, además prevé un pronóstico negativo, adoptando una actitud fatalista.

**La Escala de Huida y Distanciamiento (HD).** Valora aquellas estrategias en las que el sujeto trata de escapar o huir de la realidad o distanciarse de forma irreal. Sus conductas no afrontan ni la situación ni su malestar emocional con lo cual tenderá a aumentar su nivel de ansiedad.

**La Escala de Negación (N).** Evalúa las conductas de negación del sujeto acerca de la evidencia de la enfermedad. Esta escala se valora relacionándola con las otras seis escalas. Puede suceder, aunque no es muy probable, que la negación se acompaña de puntuaciones elevadas en las escalas positivas, lo que se podría interpretar que la negación puede ser adaptativa. En caso contrario, que es lo habitual, es decir que haya un predominio de las escalas negativas, la negación funciona como una estrategia inadecuada y no adaptativa. Apoyándonos en la experiencia valoramos esta estrategia como negativa.

tivo si quién lo aplica es un profesional y con habilidades para establecer una buena relación con este tipo de pacientes.

### 3. MUESTRA NORMATIVA

El estudio normativo de este cuestionario se realizó con una muestra de 160 sujetos adultos que habían sido diagnosticados con diferentes tipos de cáncer de cara y cuello, durante los años 1994 a 1998. Todos los sujetos fueron evaluados en el mismo momento dentro de los diferentes estadios del proceso clínico de la enfermedad<sup>3</sup>. El momento elegido, es la fase de Diagnóstico de la enfermedad, es decir, después de que el paciente ha recibido información sobre el tipo de enfermedad que padece, y antes o en el inicio de la terapia oncológica que van a utilizar (cirugía, quimioterapia y/o radioterapia).

La distribución de los sujetos de acuerdo con el tipo de cáncer que padecían, figura en la Tabla 1. En ella vemos que el mayor número de casos, 89 sujetos (55.625%) padecen

un cáncer de laringe, incluyendo todos los que afectan a alguna estructura de la laringe, sin diferenciar la mayor o menor gravedad o invasión de estructuras por el tumor cancerígeno, le sigue en frecuencia las neoplasias de boca (suelo de boca, lengua, paladar), con 37 sujetos (23.125%), 12 casos con cáncer de tiroides, 7 de cavun, 4 de parótida, 3 casos con cáncer de nariz, 3 con cáncer cervical, 2 casos de amígdala y 1 caso con cáncer de esófago. Por último, existen dos casos que se incluyen en la muestra y que posteriormente, tras diversas pruebas, fueron diagnosticados con una neoplasia distinta de las incluidas en la categoría de cara y cuello.

Todos los sujetos evaluados proceden de los hospitales Clínico de Salamanca y Virgen de la Concha de Zamora. El número de pacientes que proceden del Hospital Clínico de Salamanca es ligeramente superior, 89 casos (55.62%) al de pacientes del Hospital Virgen de la Concha de Zamora. 71 casos (44.37%).

---

3. Este es un aspecto muy importante y que hemos tenido un especial interés en observar. Una de las críticas que mas frecuentemente se hace a las investigaciones en Psicooncología, se refiere al hecho de que la mayor parte de los estudios y creación de instrumentos de evaluación que se han elaborado para estos pacientes se han hecho con sujetos con diagnósticos muy diversos y en distintos momentos del proceso de la enfermedad. Ciertamente, no tener presente el *estadio clínico* del proceso de la enfermedad, supone introducir un sesgo muy importante en los resultados, ya que un mismo sujeto puede presentar un estado psicológico muy diferente según que se encuentre en la fase de prediagnóstico del cáncer, que haya sido ya diagnosticado, que esté recibiendo radioterapia o quimioterapia, que haya sido mutilado por la cirugía, etc.



**Tabla 1. Distribución de los sujetos, porcentaje y número en la muestra total según los diferentes tipos de cáncer de cara y cuello (N=160)**

Tipo de cáncer	N	%
Laringe	89	55,62
Boca (suelo, lengua, cara)	37	23,12
Tiroides	12	7,50
Cavum	7	4,37
Parótida	4	2,50
Nasal	3	1,87
Cervical	3	1,87
Amígdala	2	1,25
Esófago	1	0,86
Otros	2	1,25

La edad de los sujetos oscila entre 18 y 86 años, con una media de 57.96 y una desviación típica de 13.31. En la Tabla 2 figuran distribuidos los sujetos en los intervalos de edad establecidos.

La mayoría de los sujetos (75,62%) tenía edades superiores a 50 años. El mayor número se encontraba en el

intervalo de edad entre 61 y 70 años, con 61 casos que representaban el 50% de los diagnosticados en sujetos de mas de 50 años, y el 38,12% respecto a la muestra total. En cuanto al sexo, la muestra se componía de 131 varones (81,87%) y 29 mujeres (18,12%).

**Tabla 2. Distribución de los sujetos, porcentaje y número en la muestra total en los diferentes intervalos de edad establecidos (N=160)**

Intervalos de edad	N	%
<20	1	0,62
21-30	6	3,75
31-40	7	4,37
41-50	25	15,62
51-60	35	21,87
61-70	61	38,12
71-80	22	13,75
>80	3	1,87

Respecto al estado civil, el 68,75% (110 sujetos) de la muestra estaban casados y viviendo en el momento de las entrevistas con su mujer/marido e hijos, si estos aún permanecían en la casa paterna. En el resto de la muestra hay 33 solteros (20,62%), 12 viudos (7,50%) y 5 separados (3,12%).

El nivel de estudios, en general, es bajo, ya que el 80% (128 casos) poseía únicamente estudios primarios a veces incompletos. Hubo 10 casos (6,25%) de sujetos analfabetos. En el resto de los sujetos que configuraban la muestra, 13 sujetos

(8,12%) tenían estudios de grado medio (equivalente a Bachiller elemental) y 2 sujetos (1,25%) poseían estudios superiores (universitarios y estudios técnicos o equivalentes a diplomado actualmente). Por último, había 7 casos (4,37%) sobre los que no se poseía esta información.

A partir de esta muestra normativa de 160 sujetos, se obtuvieron los principales indicadores psicométricos de las escalas que configuran el cuestionario. En la Tabla 3. se incluyen los estadísticos básicos de cada una de las escalas.

**Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las escalas del CAEPO (N=160)**

Estadístico	ELA	ACE	BAS	APA	PRP	HD	N
Media	14,14	10,71	4,57	5,58	5,06	6,69	0,65
Dt	5,56	4,25	3,16	3,54	3,70	4,07	1,25

#### **4. OBTENCIÓN DEL MODO DE AFRONTAMIENTO**

La estructura factorial del cuestionario se organiza en torno a dos dimensiones una representada por las tres escalas positivas (ELA, ACE y BAS) y la otra por las cuatro negativas (APA, PRD, HD y N). A partir de las puntuaciones de las escalas positivas y negativas, se obtienen dos puntuaciones subtotales: Una correspondiente a las tres escalas positivas (Subtotal +) y otra a las cuatro escalas

negativas (Subtotal -).

El tipo o estilo de afrontamiento de un sujeto se determina a partir de una puntuación total o global, obtenida de la diferencia entre el subtotal positivo y el subtotal negativo.

Tipo de Afrontamiento = Decatipo (+) – Decatipo (-)

Para poder realizar esta diferencia, es necesario transformar las puntuaciones directas parciales a una misma escala de medida. En este caso a una escala de decatipos (Media= 5,5: Dt= 2).

Con este criterio, la puntuación global de afrontamiento puede tener signo positivo y negativo y el valor puede oscilar entre -9 y +9. Dentro de la amplitud total se establecen cinco rangos de puntuaciones los cuales determinan si el tipo de afrontamiento es positivo, preferentemente positivo, no definido, preferentemente negativo o negativo.

Tanto la aplicación como las normas de corrección e interpretación de las puntuaciones obtenidas figuran en el Manual (González Martínez, 2004, págs. 28-31). En todo caso, la valoración de los datos requiere conocimientos y competencia en el campo de la psicología clínica y de la psiquiatría (González Martínez, 2004, págs. 37-38).

## 5. PRESUPUESTOS TEÓRICO-CIENTÍFICOS Y ESTADÍSTICOS

El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos, (CAEPO) se construye sobre la base conceptual que proporcionan las diferentes teorías que existen sobre el estrés y afrontamiento en el ámbito de la Psicología Científica. No obstante, hemos tomado la teoría de Lazarus y Folkman como uno de los referentes esenciales, apoyándonos en ella a la hora de fundamentar el cuestionario, tanto a nivel teórico como en su construcción y elaboración (Lazarus y Folkman, (1986); Folkman, Lazarus, Dinkel-Schetter, Delongis y Gruñe, (1986).

En este sentido, el “afrontamiento” se conceptualiza como el proceso que media entre el sujeto y la situación que dicho sujeto está viviendo (diagnóstico de cáncer, terapias oncológicas, etc.), proceso que depende de la situación y de las características personales del propio sujeto y que ejerce un efecto modulador sobre las consecuencias de esa situación y por lo tanto sobre el ajuste o adaptación del sujeto (González Martínez, 2004)

Así mismo, hemos tenido en cuenta las dos funciones que Lazarus y colaboradores consideran en el afrontamiento: por un lado tratar de cambiar y manejar el problema o situación que se le presenta al sujeto (*afrontamiento centrado en el problema*) y por otro, regular y manejar las emociones elicítadas por el problema (*afrontamiento centrado en la emoción*).

Las dos formas de afrontamiento suelen estar presentes en una misma situación interactiva sujeto-entorno y ambas formas pueden facilitarse o interferirse entre si.

Junto a las aportaciones de Lazarus y colaboradores, hemos tenido presentes, así mismo, las teorías y trabajos de algunos autores como Moos, (1988); Moos y Shaefer, (1993); Lipowski, (1970); Taylor, (1983); Weisman, (1979) que se han ocupado específicamente del estudio del afrontamiento en sujetos con enfermedades orgánicas, entre otras el cáncer, y muy especialmente la teoría de Creer y colaboradores sobre “ajuste psicológi-

co” y su concepto de “esquema de supervivencia” como patrón complejo de respuestas del paciente ante el diagnóstico de un cáncer (Moorey y Creer, (1989); Greer, Morris, y Pettingale, (1979); Pettingale, Morris, Greer y Haybittle, (1985).

*Desde el punto de vista estadístico*, consideramos que el cuestionario tiene una sólida base y fundamentación estadística. La muestra normativa es suficientemente amplia y las propiedades psicométricas del cuestionario, establecidas a partir de las escalas que lo configuran, han resultado ser altamente satisfactorias. (González Martínez, 2004, págs. 33-36.)

En este sentido, hay que indicar que la *fiabilidad* del cuestionario, determinada mediante el coeficiente de consistencia interna (coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach) es altamente significativo ya que en todas las escalas nos encontramos con un coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) elevado, en torno a una media de 0.884, oscilando entre 0.784 de la escala de negación (N) y 0.916 de la escala de enfrentamiento y lucha activa (ELA).

Por lo que respecta a la validez del cuestionario, se estableció, en primer lugar la *validez de constructo*, mediante análisis factoriales exploratorios (componentes principales con rotación varimax y criterio de Kaiser), estableciendo la existencia de los 7 factores o dimensiones del CAEPO y las saturaciones factoriales

en cada una de las escalas y la comunalidad. Los valores de las saturaciones factoriales, situados entre 0.64 y 0.87 son muy satisfactorios y permiten apoyar la estructura factorial del cuestionario y la validez de sus escalas. Igualmente los índices de comunalidad altos indican que los factores comunes explican casi la totalidad de la dispersión de las variables.

La *validez de criterio*, obtenida a través del cálculo de correlación entre el modo de afrontamiento encontrado mediante el cuestionario y la información proporcionada por el criterio externo es igualmente satisfactoria e indicativa de que se trata de un instrumento muy adecuado para evaluar los constructos para los que fue elaborado.

Por último, nos parece interesante señalar que en otras investigaciones con pacientes oncológicos en las que se ha utilizado este cuestionario para evaluar las estrategias de afrontamiento al estrés, éste ha resultado ser un instrumento muy útil y fiable a la hora de obtener información sobre el modo en que los sujetos se enfrentan a los distintos eventos relacionados con el cáncer y/o las terapias oncológicas. Uno de estos estudios se realizó en el Centro Estatal de Cancerología de Colima (México), con sujetos que padecían diferentes tipos de cáncer, a los que se evaluó el afrontamiento con el CAEPO, se obtuvieron unos resultados semejantes y coherentes con los datos obtenidos con la muestra normativa del

cuestionario (González Martínez, 2004, págs. 51-53).

Otro de los estudios, lo hemos realizado con pacientes oncológicos tratados con quimioterapia y/o con radioterapia en los servicios correspondientes del Hospital Clínico de Salamanca. En este trabajo, cuyos datos no han

sido publicados aún, evaluamos con el CAEPO, las estrategias de afrontamiento de un grupo de pacientes con cáncer, con el fin de valorar las distintas repercusiones psicológicas que pueden tener los tratamientos de radioterapia y quimioterapia en función del modo de afrontamiento que presentan

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ader, R. y Friedman, S.B.(1965). "Differential early experiences and susceptibility to trasplanted tumor in the rat", *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 59, 361-364
- Amkraut, A. y Solomon, G.F. (1972). "Stress and murine sarcoma virus (maloney)-induced tumors", *Cancer Research*, 32, 1428-1433
- Bayés, R., Borrás, F., Soriano, C. y Arrarás, J. (1979). "Estrés y subpoblaciones leucocitarias en mujeres con antecedentes neoplásicos", *Ansiedad y Estrés*, 3, 21-23
- Bjordal, K. y Kaasa, S. (1995). "Psychological distress in head and neck cancer patient 7-11 years after curative treatment", *Britis Journal Cancer*, 71, 592-597
- Cooper, C.L. (1982). "Psychosocial stress and cancer", *Bulletin of British Psychological Society*, 35, 456-459
- Dechambre, R.P. (1985). "Estrés psicossocial y cáncer en ratones", en K. Bammer y B. Newberry (comp.), *El estrés y el cáncer*. Barcelona: Herder, págs. 49-64.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dinkel-Schetter, C., Delongis, A. y Gruen, R. (1986). "Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes", *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003
- González Martínez, M.T. (1994). "Alteraciones psicológicas asociadas a la laringectomía. Ansiedad y Depresión en laringectomizados totales y parciales", *Psiquis. Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicossomática*, 15, 31-42
- González Martínez, M.T. y Cañizo Alvarez del, A. (1993). "Trastornos psicológicos en laringectomizados. Su relación con la pérdida del habla vocal y con variables de personalidad", *Revista Internacional de Otorrinolaringología, -DIPS-*, 2, 59-74.
- González Martínez, M.T., Muñoz, A. y Pardal, J.L. (2000). "Investigación psicológica sobre las repercusiones de la terapia en pacientes neoplásicos. Bases para la propuesta de un programa de intervención", en Junta de Castilla y León. Investigación Científica. *Proyectos de Investigación*. Valladolid, Junta de Castilla y León, págs.89-90

- González Martínez, M.T. (2004). *Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos -CAEPO-*. Madrid: Ediciones TEA
- Greer, S. Morris, T. y Pettingale, K.(1979). "Psychological response to breast cancer: effect on outcome", *The Lancet*, Octob., 785-787
- Kessler, R.C. (1979). "The effects of stressful life events on depression", *Annual Review in Psychology*, 48, 191-214
- Larsson, G, Haglund, K. y Von Essen, L. (2003). "Distress, Quality of life and strategies to keep a good mood in patients with carcinoma tumours: patient and staff perceptions", *Eur. J. Cancer Care*, 12, 46-57
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Lindberg, N.M. y Wwllisch, D.K. (2004). "Identification of traumatic stress reactions in women at increased risk for breast cancer", *Psychosomatics*, 45, 7-16
- Lipowski, Z.J. (1970). "Physical illness, the individual and the coping processes" *Psychiatry in Medicine*, 1, 91-102
- Miller, G.E. y Cohen, S. (2001). "Psychological interventions and the immune system: a meta-analytic review and critique", *Health Psychology*, 20, 4763
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with cancer: A new approach*. London: Heineman Medical Books
- Moos, R.H. (1988). "Life stressors and coping resources influence health and well-being", *Psychological Assessment*, 4, 133-158
- Moos, R.H. y Schafer, J. (1993). "Coping resources and processes", en L.S. Goldberg y S. Breznit (eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, New York, Free Press
- Palermo-Neto, J., Oliveira Massoco, C., Robespierre, W. (2003). "Effects of physical and psychological stressors on behavior macrophage activity, and Ehrlich tumor growth", *Brain Behavior Immunology*, 17, 43-54
- Peters, L.J. y Nelly, H. (1977). "The influence of stress and stress hormones on the transplantability of a non-immunogenic dyngenic murine tumor", *Cancer*, 39, 1482-1488
- Pettingale, K., Morris, T., Greer, S. y Haybittle, J.(1985). "Mental attitudes to cancer: An additional prognostic factor", *The Lancet*, Marc., 750 letter
- Riley, V. (1975). "Mouse mammary tumors: Alteration of incidence as apparent function of stress", *Science*, 198, 465-467
- Sebastián, J., Mateos, N. y Prado, C. (2000). "Eventos vitales estresantes como factores de vulnerabilidad en el cáncer de mama", *Ansiedad y Estrés*, 6, 21-38
- Selye, H. (1979). "Correlating stress and cancer", *American Journal of Proctology, Gastroenterology Colon and Rectal Surgery*, 30, 18-28
- Simonton, D.C. y Simonton, M. S. (1981). "Cancer and stress. Counseling the cancer patient", *The Medical Journal of Australia*, 1, 679-681

- Sklar, S.L. y Anisman, H. (1979). "Stress and doping factors influence tumors growth" *Science*, 205, 513-515
- Sklar, S.L. y Anisman, H. (1985). "Estrés y cáncer de mama", en K. Bammer y B. Newberry (comp.), *El estrés y el cáncer*, Barcelona, Herder, págs. 235-272.
- Staton, A.L. y Snider, P.R. (1993). "Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study", *Health Psychology*, 12, 16-23
- Taylor, S. (1983). "Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation", *American Psychologist*, Novemb., 1161-1173
- Telfer, M.R. y Shepherd, J.P. (1993). "Psychological distress in patients attending on oncology clinic after definitive treatment for maxillofacial neoplasia", *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*, 22, 347-349
- Watson, M., Davidson-Homewood, J., Haviland, J. y Bliss, J. (2003). "Psychological coping and cancer. Study results should not have been dismissed", *B.M.J.*, 326, 73-89
- Weisman, A. (1979). *Coping with cancer*. New York: McGraw-Hill Book Company