

REFLEXIONES SOBRE EL CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO EN PSICOONCOLOGÍA

José Soriano

José Soriano es Profesor Titular en el Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Valencia (Avda. Blasco Ibáñez 21, 46010-Valencia).

El interés por el afrontamiento (*coping*) ante el estrés y el interés por el afrontamiento ante la enfermedad, entendida ésta como estresor comenza-

ron a desarrollarse sobre la década de los 60 y 70, destacando la importancia que tienen las actitudes de un individuo ante un problema y, por extensión, las actitudes de un enfermo hacia la enfermedad. Dicho concepto, aunque relacionado en alguna medida con los mecanismos de defensa psicoanalíticos, se ha intentado desligar de los mismos. La prueba del citado interés la podemos encontrar en las múltiples definiciones planteadas por diversos autores, algunas de las cuales eran muy semejantes, mientras que otras se centraban en aspectos claramente diferentes. Cronológicamente podemos destacar algunas de ellas: *Cuando se usa el término afrontamiento nos referimos a las estrategias para tratar con la amenaza* (Lazarus, 1966); *Todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su organismo e integridad física para recuperar su reversibilidad de mejoría y compensarla ante la limitación de cualquier irreversibilidad de la mejoría* (Lipowski, 1970); *Afrontamiento es la adaptación ante cualquier tipo de dificultad* (White, 1974); *Afrontamiento es lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido para conseguir alivio, recompensa o equilibrio* (Weissman y Worden, 1977); *Conductas instrumentales y capacidades de solución de problemas de las personas que conllevan las demandas de la vida y las metas. Comprende la aplicación de habilidades, técnicas y conocimientos que una persona ha adquirido* (Mechanic, 1978); *Cualquier respuesta ante las tensiones externas que*

sirve para prevenir, evitar o controlar el distrés emocional (Pearlin y Schooler, 1978).

Sin embargo, el máximo desarrollo se ha producido a partir del trabajo de Lazarus y Folkman de 1984, el cual ha sido utilizado como punto de partida de muchos trabajos posteriores. Estos autores definieron el afrontamiento como los *esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*. Esta definición ha sido adoptada en la mayoría de trabajos referidos al afrontamiento, sobre todo en el ámbito de la psicología de la salud.

A partir de aquí, y concretamente en el caso del afrontamiento ante el cáncer, aunque también en otros ámbitos, dicho concepto, lejos de matizarse, definirse, delimitarse y progresar, parece haberse transformado en un concepto difuso, en el que cabe casi todo lo que una persona hace para afrontar la enfermedad y en el que han ido apareciendo versiones y opiniones contrarias y contradictorias.

Hagamos algunas reflexiones sobre lo sucedido y sobre el estado actual de la cuestión. En primer lugar, *¿por qué tiene sentido hablar del afrontamiento ante el cáncer?*

Atendiendo a un estudio realizado por María Valiente revisando las bases de datos de Psycinfo y Medline, en la última década (década de los 90 a 2000), los trabajos realizados sobre el ajuste/afrontamiento ante la enfermedad oncológica constituye el primer núcleo de interés, con un volumen de estudios de alrededor de 3000 trabajos, apareciendo en segundo lugar el estudio de la comunicación con el enfermo y con la familia, con unos 2000 trabajos y en tercer lugar encontrándose los estudios referidos a la calidad de vida de los enfermos con algo menos de 1500 trabajos.

¿Qué entendemos por afrontamiento?

Cuando se aborda un determinado concepto parece que el primer paso a dar es aquel que permite establecer el ámbito de lo que se está hablando, es decir, resulta necesario establecer cuál es la definición del mismo, para así poder acotarlo y establecer su extensión. Podemos encontrar varios niveles de explicación: desde una perspectiva coloquial o lega, el afrontamiento tiende a identificarse con la confrontación o con las acciones directas que las personas emplean para resolver los problemas, tendiendo a considerar que las personas "no afrontan la situación" cuando intentan evitarla o cuando salen huyendo, procurando encontrarse directamente con el problema. A partir de ello podemos considerar que, en términos generales, existe una concepción del afrontamiento que se identifica en gran medida con la confrontación (*cotejar*,

carear, enfrentarse e incluso con opiniones o juicios de valor como “*es mejor confrontar la realidad que engañarse*”, María Moliner, 1987).

Sin embargo, desde el saber popular también aparecen opiniones algo contrapuestas a la mencionada, al contemplar que “*una retirada a tiempo, a veces, es una victoria*”.

Teniendo en cuenta lo mencionado, la pregunta sigue en pie, ¿en qué consiste el afrontamiento? En definitiva, parece ser un concepto en el que todo vale, parece, al igual que sucede con otros conceptos como puede ser el de estrés, que todo lo que una persona haga en según que circunstancias puede ser considerado bajo el rótulo de afrontamiento.

La cuestión es que cuando se aborda el concepto desde otro punto de vista, el punto de vista “científico”, éste cambia o por lo menos se matiza. Sin lugar a dudas la definición de afrontamiento más extendida y tal vez también la más aceptada es la que propusieron hace ya 18 años Lazarus y Folkman (1984) al considerar que bajo dicho concepto se incluían los *esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo* (pp164 de la versión española, 1986).

Con ello se destacaba que el afrontamiento: a) no es un rasgo, entendido como algo permanente en el individuo; b) no es un tipo de conducta automática; c) no se identifica con el resultado que de él se derive; d) no se puede identificar con el dominio del entorno

Atendiendo al punto “b” hemos de considerar que sólo se considera una acción bajo el rótulo del afrontamiento cuando supone un *esfuerzo*, con lo que parece claro que *afrontamiento no es todo lo que hace un individuo para resolver un problema*.

También hay que destacar que el afrontamiento no es algo permanente en el individuo, como si formase parte de su personalidad. Por ello se matiza que es algo cambiante, con lo que es preferible hablar de estrategias en lugar de hablar de estilos, entendidos como algo permanente en los individuos. Evidentemente no todos los autores están de acuerdo con este planteamiento, pues hay quien considera que todos los sujetos poseen tendencias a actuar de una determinada manera, no resultando algo totalmente cambiante o dependiente de las situaciones en que se encuentre la persona.

En el caso del cáncer, el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer (Watson y Greer, 1998)

También se asocia a las *demandas específicas (o estresores) de una situación dada del cáncer (como por ejemplo el impacto psicológico inicial del diagnóstico o los efectos colaterales de la quimioterapia o radioterapia o la prolongada duración de la rehabilitación).*

El afrontamiento se refiere a los intentos por salvaguardarse, para reducir o asimilar una demanda existente (estresor) tanto como esfuerzo intrapsíquico (cognición) como también por acción (observable), considerándose que el individuo suele disponer de un repertorio bastante amplio, en el que se puede encontrar estrategias más estables o constantes que otras (Heim, 1991).

Hay que considerar que las personas poseemos un gran potencial para afrontar ante los eventos importantes y trascendentes en nuestras vidas. Rara vez una forma de afrontamiento (represión o sensibilización) puede dar cuenta de la variedad de estrategias empleadas para resolver una situación que nos desborda. Este repertorio es muy amplio, aunque ante una determinada circunstancia sólo se empleen unas pocas estrategias (una media de 10, encontraron Heim y cols., 1987), en donde algunas resultan tendentes hacia la repetición mientras que otras sólo se aplican bajo determinadas circunstancias.

Sin embargo, aunque se han realizado multitud de estudios acerca del afrontamiento ante la enfermedad poco se ha trabajado sobre los mecanismos que subyacen a la elección de las diversas estrategias del mismo. Probablemente la explicación se encuentra en la metodología empleada: la factorial. Esta metodología permite la obtención de estructuras, pero resulta muy difícil la obtención de las explicaciones al respecto, precisamente debido a que se trata de un método de interdependencia, sin distinción de conjunto predictor y criterio.

Por otro lado, parte de la confusión establecida sobre dónde empieza el afrontamiento y dónde la emoción la tienen diversos autores como el propio Leventhal (1970), al considerar las respuestas emocionales como procedimientos de afrontamiento (formas de expresar el estrés, las llamadas para la asistencia y la manipulación del ambiente social).

¿Cómo funciona el afrontamiento?

Desde la perspectiva transaccional se considera que el afrontamiento constituye un proceso en el que se pueden distinguir diversos componentes.

En primer lugar debemos hablar de la *valoración*, entendida como un proceso evaluativo en el que se establece tanto la repercusión que tiene un evento para el sujeto como las posibles formas de actuación ante el mismo. Podemos destacar dos grandes formas de valoración. En primer lugar, aunque no necesariamente en este orden, la denominada como *desafío*, en la que el individuo considera sus posibilidades para hacer

frente al problema (supondría considerar la enfermedad como un reto); la segunda se denomina *amenaza*, entendida como la consideración de una situación que supera claramente los recursos del individuo. Ambas formas coexisten en las diferentes situaciones, aunque suele establecerse entre ellas una relación negativa, de manera que cuando un tipo de valoración aumenta la otra tiende a disminuir.

Dentro del proceso de valoración también se consideran las diferentes posibilidades de acción haciendo que el individuo considere si puede hacerse algo al respecto. Hay que tener en cuenta que este proceso de valoración no se produce en un momento específico en el tiempo, sino que es un proceso que posee una duración en donde el individuo reconsidera sus valoraciones previas y reevalúa en función de los aspectos cambiantes de la situación.

Ante la aparición de un determinado evento el individuo valora en qué le afecta y cuáles son sus posibilidades de acción. A partir de este proceso se emite una primera respuesta emocional, la cual posee unas características y una determinada intensidad. A continuación aparecerían los recursos que posee la persona, los cuales intentan resolver el problema y reducir el malestar que se ha producido por la situación. En caso de no disponer de los recursos necesarios o de no ser estos suficientes se ponen en marcha las estrategias de afrontamiento, las cuales se encuentran dirigidas al cambio en la situación y al cambio en la repercusión que ésta tiene en la persona. En la medida en que estas estrategias empleadas tengan el mínimo efecto, querrá decir que algo ha cambiado entre el individuo y la situación, produciéndose una reevaluación de los efectos de la situación, lo cual provoca una nueva respuesta emocional, que tendrá unas características y también una intensidad, completándose así un bucle que finaliza con el agotamiento de la persona o con la finalización de la situación.

Afrontamiento y cáncer

En el caso del cáncer el afrontamiento se refiere a las *respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el individuo) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer)* (Watson y Greer, 1998). En 1989 Moorey y Greer plantean un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer denominado "*esquema de supervivencia*" considerado como la *capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad*. En dicho esquema se considera la visión del diagnóstico que tiene el enfermo (*¿Qué amenaza supone la enfermedad?*), el tipo de control que considera el enfermo que ejerce sobre la enfermedad (*¿Qué puede hacerse frente a*

ella? ¿Se puede controlar?) y, también, la visión del pronóstico que posee el enfermo (¿Cuál es el pronóstico probable de la enfermedad y cómo es de fiable?).

La aplicación del *esquema de supervivencia* supone el observar y considerar las relaciones existentes entre el proceso de valoración, afrontamiento y respuestas emocionales observadas en los enfermos de cáncer.

Esquema de supervivencia (Moorey y Greer, 1989)

	Espíritu de lucha	Evitación/Negación	Fatalismo/Aceptación estoica	Desamparo/Desesperanza	Preocupación ansiosa
Diagnóstico	Reto	Sin amenaza	Poca amenaza	Gran amenaza	Gran amenaza
Control	Moderado	No se plantea	Sin control	Sin control	Incertidumbre
Pronóstico	Optimista	Optimista	Aceptación del desenlace	Pesimista	Incertidumbre
Afrontamiento	Búsqueda de información	Minimización	Aceptación pasiva	Rendición	Búsqueda de seguridad
Res. Emocional	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Depresión	Ansiedad

Recientemente Watson y Greer (1998) han realizado un estudio en el que se contemplan los resultados obtenidos a favor y en contra del esquema de supervivencia, planteando los siguientes resultados:

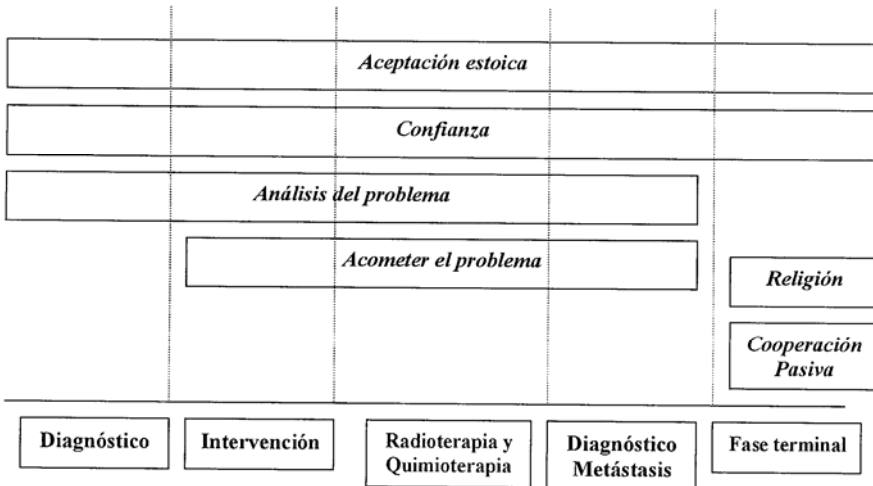
Espíritu de Lucha. *Respuestas activas con aceptación del diagnóstico, actitud optimista, dispuesto a luchar contra la enfermedad y participando en las decisiones sobre el tratamiento.* 6 estudios a favor del resultado de la enfermedad, 1 estudio sin encontrar relaciones.

Evitación (negación). *El paciente rechaza el diagnóstico o, también, minimiza la seriedad del mismo, evitando pensar en la enfermedad.* 4 estudios a favor del resultado de la enfermedad, 1 estudio en contra del resultado. **Fatalismo (Aceptación estoica).** *El paciente acepta el diagnóstico con una actitud resignada y fatalista.* 5 estudios a favor del pobre ajuste ante la enfermedad. **Preocupación ansiosa.** *El paciente se encuentra constantemente preocupado por la enfermedad, el miedo a cualquier tipo de dolor indican la propagación o recurrencia de la enfermedad, buscando frecuentemente la reafirmación.* 4 estudios a favor del pobre ajuste ante la enfermedad

Impotencia/desesperanza. *El paciente se sumerge en el diagnóstico de cáncer adoptando una actitud totalmente pesimista con sentimientos de desesperanza.* 5 estudios a favor del pobre ajuste ante la enfermedad, 1 estudio sin encontrar relaciones.

La conclusión derivada de estos resultados supone considerar la existencia de dos grandes tipos de respuestas: las denominadas *pasivas* que obtendrían un peor ajuste y que agruparían las estrategias de fatalismo, preocupación ansiosa y desesperanza y las denominadas *activas* que muestran un mejor ajuste ante la enfermedad y que estarán formadas por las estrategias de espíritu de lucha y evitación/negación.

Por otra parte, en cuanto al uso de las estrategias de afrontamiento a lo largo de la enfermedad parece que existen evidencias a favor a la hora de considerar que al inicio de la enfermedad se suelen emplear más estrategias de afrontamiento que al final de la misma, siendo distintas el tipo de estrategias que se emplean en las diferentes fases. Heim y cols. (1993) resumen el empleo de las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad cancerosa como se observa en el siguiente cuadro:



Funciones y efectividad del afrontamiento ante el cáncer

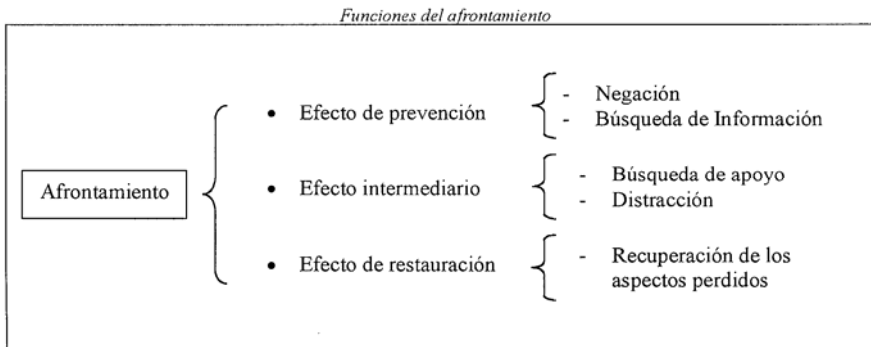
El afrontamiento, además de considerarse con un efecto restaurador también puede plantearse desde un punto de vista preventivo o intermedio o con un efecto de restablecimiento en el ajuste psicosocial.

El aspecto *preventivo* afecta al impacto emocional sufrido. La negación inicial de un diagnóstico temido o desfavorable aporta un poco de paz mental. En el presente inmediato un paciente represivo no tendrá

que afrontar las emociones displacenteras. Otros pacientes buscarán apoyo social y atención, obteniendo de esta manera información adecuada que le permitirá valorar los riesgos posibles.

El aspecto de *intermediario* (*buffering*) es probablemente el más importante. Pese a que el impacto del estresor se encuentra presente en el inicio su influencia posterior se encuentra compensada. Nuevamente la búsqueda de atención (ej. por el otro miembro de la pareja) reducirá la amenaza de un futuro incierto; la capacidad para distraer la atención de los efectos asociados a la quimioterapia aportará un alivio considerable, permitiendo retomar el control de la situación abordándola desde un punto de vista racional.

El afrontamiento también resulta importante en cuanto a la *obtención del equilibrio*. Desde un punto de vista a largo plazo el *coping* permite al individuo recuperar lo perdido, bien sea intrapsíquico, de relaciones sociales o de obligaciones del entorno familiar o próximo.



Por otra parte, al abordar la efectividad de las diferentes estrategias de afrontamiento se debe tener en cuenta en ante todo la disposición por parte del individuo de determinados recursos. En primer lugar, el primer recurso necesario es el económico y/o el poder acceder a una atención médica. A continuación, aparece la necesidad de convivir y de ajustarse y adaptarse a la enfermedad. Aquí intervienen los recursos personales y sociales. Al respecto hay que considerar que los individuos difieren en su repertorio de respuestas de afrontamiento. Difieren sobre las creencias sobre qué respuestas serán más adecuadas para el problema y difieren sobre la creencia de su capacidad y habilidades para poner en práctica determinado tipo de estrategias de afrontamiento. Un elemento importante a la hora de considerar la eficacia o no de las estrategias de afrontamiento es el punto de vista seleccionado. Como indica Heim (1991) la efectividad o no del afrontamiento depende de la perspectiva que se considere. Podemos destacar tres puntos de vista impor-

tantes: el paciente, la familia y la red social del paciente y los profesionales de la salud.

El enfermo: su prioridad reside en mantener un equilibrio interno y psicosocial. *La familia*: quiere ver al paciente como un miembro de la red social que puede desenvolverse con normalidad. *Los médicos*: esperan la máxima cooperación teniendo en cuenta la dificultad y, en ocasiones, los métodos invasivos utilizados.

En el contexto del afrontamiento un término preferible es el de ajuste o adaptación. Se refiere a un sentido amplio y comprehensivo de objetivos psicológicos y conductuales en el proceso de salud. Incluye la reacción de ajuste ante la enfermedad, la integración de demandas cambiantes del paciente, respuestas de ajustes en las relaciones interpersonales y la adaptación a los roles sociales. Los factores que median este proceso pueden ser intrapsíquicos (cognitivos /emocionales) o comportamentales.

Expectativas del enfermo

- 1.- Recobrar su bienestar.
- 2.- Ajustar o restaurar la integridad de su organismo tras la mutilación o la pérdida de determinadas funciones corporales.
- 3.- Superar la inseguridad y la pérdida de control ante la autoimagen y la reorientación hacia el futuro.
- 4.- Adaptación ante las situaciones extrañas (médicas), tales como la hospitalización con nuevas relaciones interpersonales.
- 5.- Adaptarse a la amenaza existencial (al tener en cuenta la enfermedad terminal).
- 6.- Preservación de una sensación de calidad de vida ante cualquier tipo de circunstancias.

Expectativas de la familia y el entorno social del enfermo

- 1.- Sentirse bien
- 2.- Recobrar los roles en la familia y en el entorno social
- 3.- Preservar o recobrar una relación aceptable con la pareja
- 4.- Asegurar la posición laboral o adaptarla a los cambios producidos por la enfermedad
- 5.- Asegurar los recursos financieros familiares y sociales
- 6.- Mantener las relaciones sociales con las amistades y conocidos del entorno

Expectativas del personal hospitalario

- 1.- Compromiso óptimo con los procedimientos diagnósticos o terapéuticos
- 2.- Resistencia al dolor y/o a las intervenciones molestas
- 3.- Ajuste ante las nuevas demandas del rol de enfermo
- 4.- Cooperación activa en la rehabilitación
- 5.- Preservación de la integridad emocional a pesar de la duración de la enfermedad y el deterioro, incluso en la fase terminal

Los objetivos y/o metas aquí descritos obedecen a distintos sistemas de valores. Lo que resulta bueno y deseable como lo indeseable y perjudicial son juicios adquiridos a través del proceso de socialización. Pearling (1989) indica que "los valores... regulan los efectos de la experiencia regulando el significado y la importancia de la experiencia". Esto resulta de particular importancia cuando atendemos a las diferencias étnicas y sociodemográficas (religión, creencias, valores, relaciones familiares, etc.)

¿Cómo se evalúa el afrontamiento ante el cáncer?

La evaluación del afrontamiento resulta un tema controvertido al considerar diferentes aspectos sobre los que difieren los principales investigadores del tema: si el afrontamiento debe evaluarse como un rasgo o estilo, en lugar de como una estrategia; si las escalas deben ser generales o específicas de la muestra o situación en que se encuentren los individuos; si deben emplearse escalas más generales y por ello, más estables o si resulta preferible el empleo de escalas más concretas, pese a ser más variables entre e intra los enfermos. En definitiva, en la actualidad no existe un consenso sobre los elementos básicos o sobre los diferentes puntos de vista a adoptar cuando se pretende evaluar las estrategias de afrontamiento. Sirvan estos aspectos para poner de manifiesto la relatividad de los planteamientos siguientes.

Sin lugar a dudas y en relación al afrontamiento ante el cáncer la escala más empleada ha sido la desarrollada por Watson y sus colaboradores denominada MAC (Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess y Robertson, 1988), junto con su posterior revisión realizada por Watson y cols. en 1994, denominada "Mini MAC", en la que se redujeron y cambiaron algunos de los items originales. En el siguiente cuadro aparecen algunos elementos comparadores de las dos escalas.

MAC vs. Mini-MAC

- | |
|---|
| 1.- <i>Espíritu de lucha</i> (16)
*Mini-MAC (4) ($\alpha=.76$) |
| 2.- <i>Evitación o negación</i> (1)
*Mini-MAC "Ev.Cog." (4) ($\alpha=.74$) |
| 3.- <i>Fatalismo</i> (8)
*Mini-MAC (5) ($\alpha=.62$) |
| 4.- <i>Impotencia/desesperanza</i> (6)
*Mini-MAC (8) ($\alpha=.87$) |
| 5.- <i>Preocupación ansiosa</i> (9)
*Mini-MAC (8) ($\alpha=.88$) |

Pese a ser el instrumento más utilizado no por ello hemos de considerar que no reciba críticas o que no tenga una serie de limitaciones. El gran problema del instrumento es la mezcla que se realiza en las escalas entre items, que evalúan afrontamiento junto a otros que evalúan valoración o simplemente el control percibido por el enfermo sobre la enfermedad. Así en ambos cuestionarios podemos encontrar items referidos a 1) la evaluación del diagnóstico de cáncer; 2) paliativos (reducción del impacto de la enfermedad); 3) confrontación (pensamiento positivo sobre el diagnóstico y manejo de pensamientos); 4) control sobre la enfermedad y 5) evitación de la misma.

Conclusiones

En esta breve intervención resulta posible concluir algunos aspectos. El primer aspecto se refiere al concepto de afrontamiento empleado. La psico-oncología surge de la necesidad de atención al paciente al observarse los déficits o limitaciones de la aplicación de un modelo estrictamente médico. El enfermo se preocupa, siente miedo, reacciona con aceptación o rechazo ante la enfermedad, considera que su muerte está próxima, se deterioran sus relaciones familiares y sociales, etc. En definitiva, el enfermo plantea una problemática que coincide en gran medida con la observada en la enfermedad crónica pero a la que hay que añadir el temor a los tratamientos empleados habitualmente (quimioterapia, radioterapia, cirugía) y el temor a la muerte. Desde esta perspectiva hay que destacar que la psico-oncología se desarrolla con un planteamiento "ateórico", en el sentido de emplear, paliar, actuar y acometer una problemática urgente sin poder detenerse ni mostrar gran interés por los aspectos teóricos, sino por el aspecto aplicado. Todo ello ha propiciado el que se descuiden los puntos de vista que pueden contribuir al consenso y adecuación de los diversos elementos que configuran su ámbito de trabajo.

Así, no resulta extraño que el concepto de afrontamiento, lejos de estar delimitado y definido resulte un concepto vago, confuso y que presenta grandes problemas al entrar en él la práctica totalidad de las acciones (en sentido amplio) que el enfermo realiza ante la enfermedad. La propuesta que se debe hacer es la de delimitar la extensión del concepto. Como comentábamos anteriormente para Lazarus y Folkman (1984) bajo el rótulo de afrontamiento no debemos incluir "todo" lo que el enfermo hace. Es posible que este matiz no resulte relevante en el caso de la psico-oncología. Es posible que resulte más útil (aunque sólo a corto plazo) el abordar la problemática del enfermo desde una perspectiva más holística. Suponiendo que esto sea así, debe delimitarse el concepto incluyéndose en el mismo los aspectos que se consideren desde una perspectiva más aplicada. Lo cierto es que de una manera u otra resulta imprescindible el establecer unos límites que permitan el estudio del afrontamiento.

Directamente relacionado con el aspecto anterior se encuentra el hecho de considerar las principales estrategias (mejor que estilos) de afrontamiento. Resultan necesarios estudios que indiquen las estrategias empleadas por los enfermos de cáncer, de la misma manera que resultaría interesante el obtener factores más específicos y otros más generales y, por tanto, más estables. Ello contribuiría a resolver alguna de las viejas polémicas en personalidad sobre el empleo de factores de primer o de segundo orden para describir la personalidad. Pero, tengamos en cuenta que el elaborar una estructura jerárquica lejos de polemizar contribuiría a una mejor descripción del comportamiento de los enfermos.

Todo ello lo podemos relacionar con el siguiente punto referido a la metodología empleada para los fines citados. Dicha metodología ha sido la factorial, la cual resulta muy útil para describir, pero mucho menos para explicar, por mucho que Eysenck la emplease desde una perspectiva más confirmatoria. Cuando se seleccionan mal las variables y se aplica una metodología factorial lo que se obtienen son unos factores que agrupan las variables (mal) seleccionadas. Consiguientemente los factores obtenidos contienen afrontamiento, valoración, acciones paliativas, etc., sin permitir una delimitación de las diversas estrategias, sino aportando un conjunto de relaciones o clusters que no permiten identificar ni el antes ni el después, ni los predictores ni los criterios.

Por último, en relación a los diseños empleados, hay que destacar que los diseños transversales (los más empleados habitualmente), permiten una descripción de un determinado fenómeno. Sin embargo, como ya indicaran los promotores del modelo (Lazarus y Folkman, 1984), resulta necesario el empleo de diseños longitudinales, que permitan establecer el porqué de los cambios. Normalmente (y en el mejor de los casos), los enfermos son evaluados en dos o tres ocasiones a lo largo de su enfermedad. Los cambios producidos en la valoración del enfermo a

los nueve meses o al año, con respecto a la evaluación anterior, difícilmente pueden explicar los porqués de dichos cambios. Además, en el caso del afrontamiento, existen claras limitaciones a la hora de evaluar mediante diseños exclusivamente cuantitativos, de manera que parece interesante el considerar el empleo de análisis cualitativos, que permitan obtener más información sobre las formas de valorar y los predictores del ajuste ante la enfermedad del cáncer.

Referencias

- Heim, E. (1991): Coping and adaptation in cancer. En C. Cooper y M. Watson (Eds.) *Cancer and stress: Psychological, biological and coping studies*. Chichester: John Wiley and Sons. 196-235.
- Heim, E.-Agustiny, K.-Blaser, A.-Burki, C. (1987): Coping with breast cancer. A longitudinal prospective study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48, 44-59.
- Heim, E.-Augustiny, K.-Schaffner, L.-Valach, L. (1993): Coping with breast cancer over time and situations. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 523-542.
- Lazarus, R. (1966): *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw Hill.
- Lazarus, R.-Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer (Versión castellana Martínez Roca, 1986).
- Leventhal, H. (1970): Findings and theory in the study of fear communications. En L. Berkowitz (Ed.) *Advances in experimental social psychology*. Nueva York: Academic Press, 119-186.
- Lipowski, Z. (1970): Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1, 91-102.
- Mechanic, D. (1978): *Medical Sociology*. Nueva York: Free Press.
- Moliner, M. (1987): *Diccionario del uso del español*. Madrid: Gredos.
- Moorey, S.-Greer, S. (1989): *Psychological Therapy for patients with cancer: a new approach*. Londres: Heinemann Medical Books.
- Pearlin, L. (1989): The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Pearlin, L.-Schooler, C. (1978): The structures of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Watson, M.-Greer, S. (1998): Personality and Coping. En J. Holland (Ed.): *Psychoncology*. Nueva York: Oxford University Press. 91-98.
- Watson, M.-Greer, S.-Young, J.-Inayat, Q.-Burgess, C.-Robertson, B. (1988): Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.
- Watson, M.-Law, M.-dos Santos, M.-Greer, S.-Baruch, J.-Bliss, J. (1994): The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 33-46.
- Weisman, A.-Worden, J. (1977): *Coping and vulnerability in cancer patients: a research report*. Cambridge: Shearman & Sterling.
- White, R. (1974): Strategies of adaptation: An attempt at systematic description. En G. Coelho, D. Hamburg y J. Adams (Eds.) *Coping and adaptation*. Nueva York: Basic Books.