

Esperanza, Salud y Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer

Alejandra Suarez Baquero\* y Laura Jimeno Restrepo

Facultad de Psicología, Universidad de la Sabana

Julio de 2009

### Resumen

La esperanza es un factor multidimensional con diferentes tipos y fases, poco estudiado en Colombia, que presenta una relación teórica con la percepción de salud y calidad de vida en pacientes con cáncer. Lo anterior es debido a los efectos positivos sobre las conductas, los pensamientos y los sentimientos y sobre el componente biológico, evidenciados en estudios cualitativos y cuantitativos de los últimos años. Por tal razón, su profundización desde la psicología clínica y de la salud adquiere gran importancia, así como las intervenciones que, de manera directa o indirecta, afecten positivamente la experiencia de la esperanza en esta población.

**PALABRAS CLAVE:** Esperanza (0.165558 segs), Salud (0.543863 segs), Calidad de Vida (0.767203 segs), Cáncer (0.821307 segs), Enfermedad (0.108282 segs)

### Abstract

Hope is a multidimensional factor with different types and phases, but with few studies in Colombia, that presents a theoretical relation with the perception of health and quality of life in patients with cancer. This is due to the positive effects on behavior, thoughts and feelings and on the biological component, evidenced in qualitative and quantitative studies of the last years. For such reason, further investigations from clinical psychology and of health acquire great importance, as well as the interventions that, in a direct or indirect way, positively affect the experience of hope in this population.

**KEY WORDS:** Hope (0.165558 segs), Health (0.543863 segs), Quality of Life (0.767203 segs), Cancer (0.821307 segs), Disease (0.108282 segs)

### Esperanza, Salud y Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer

Numerosos personajes a lo largo de la historia han tratado de definir y entender la esperanza, entre los cuales se encuentran grandes filósofos y teólogos como Gabriel Marcel y Jurgen Moltmann. (Rojas, 1996) A pesar de los esfuerzos, su utilización en el lenguaje corriente es universal pero su definición continúa siendo vaga e imprecisa para la mayoría de las personas alrededor del mundo. Hasta hace poco, los psicólogos comenzaron a interesarse por el término y surgió una necesidad de explorarlo puesto que muchos profesionales de la salud se han asombrado en situaciones en las que por más desventajas y obstáculos que se presenten en el curso de una gran variedad de enfermedades, muchas personas perseveran, luchan y se sobreponen a éstas por una diversidad de factores, incluyendo la esperanza. De esta manera, estudios de autores como Benzein, E. Norberg, A. & Saveman, B. (2001), Groopman (2001), Snyder et al. (1991 y 2000), Stanton et al (2000) y Wood (1996) brindan aproximaciones a su definición, clasificación, medición y aplicación desde diferentes teorías e hipótesis, intentando relacionarlo con otros factores psicológicos, sociales y biológicos que alteran de manera positiva o negativa la experiencia de la esperanza.

Lo que sí constituye un hecho es que la experiencia de la esperanza es un componente esencial para poder sobreponerse a las diversas situaciones que se presentan en la vida de cada ser humano, como lo es el cáncer. (Groopman, 2001) Actualmente, esta enfermedad es una de las mayores causas de muerte alrededor del mundo. En los últimos registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) se encuentra que 7.5 millones (13%) del total de muertes en el 2005 fueron debidas al cáncer y en Colombia se encuentra que ésta es la quinta causa de muerte, siendo el cáncer de estómago el más prevalente, con un saldo de 36,000 muertes en el 2005, 20,000 menores de 70 años. Por esta razón, este diagnóstico continúa siendo una transición de una vida saludable a una vida que va a tener que afrontar mucho sufrimiento, dolor, deterioro físico, muerte prematura y cuestionamientos sobre la vida

y la muerte. De esta manera, la amenaza de muerte potencia el sufrimiento humano pero también puede llegar a ser un estímulo para que la esperanza florezca.

Unos de los descubrimientos más importantes de la época actual, son los efectos físicos y psicológicos que presenta la experiencia de la esperanza en el ser humano que enfrenta diversas situaciones incluyendo enfermedades, en la mayoría de las ocasiones mortales como el cáncer. Parece posible que la esperanza, junto con otros factores, se relacione con una percepción de salud y calidad de vida positivas. Es en este punto en donde se encuentra la importancia de las acciones del paciente, de los familiares y del personal de la salud, debido a que son los principales promotores de dicha esperanza. (Snyder, 2000)

Hasta el momento, la mayoría de los estudios son realizados por el personal médico y de enfermería. El objeto de estudio de la psicología es el comportamiento humano y sus procesos psicológicos, con el fin de realizar diversas intervenciones y, así, someterse a la búsqueda del bienestar de las personas. Siendo así, al estudiar, evaluar, intervenir y promover la esperanza, desde la psicología, lo que se busca es el mismo objetivo anteriormente mencionado. Es decir, al obtener un conocimiento amplio de este concepto desde este campo, muchos enfoques pueden sacarle provecho en el abordaje de sus pacientes con diversas condiciones que limitan una adecuada calidad de vida. Consecuentemente, la presente investigación brinda algunos de los elementos para potenciar esa esperanza tanto en los pacientes, como en los familiares y el personal de la salud, incluyendo los psicólogos de la salud en medios hospitalarios. Siendo la promoción la salud y la prevención de enfermedades el principal propósito de estos profesionales, de este estudio pueden derivar un gran número de intervenciones y programas dirigidos a estos pacientes y al personal de la salud, con el fin de concientizarlos sobre la importancia de potenciar la esperanza, entender su evolución y tratar de mantenerla a lo largo de la enfermedad.

Adicionalmente, la esperanza se relaciona con muchos factores como las necesidades, la motivación, las expectativas, las creencias, la información recibida y la forma en que se recibió, la edad, el estadio en el cual se diagnosticó, entre otros. Pero, dentro de los estudios actuales no se encuentran registros de éstos en Colombia siendo un lugar adecuado para dichos estudios debido a la diversidad de estatus socioeconómicos, tendencias religiosas, niveles de educación, culturas, etc.

Por todo lo anterior, en el presente estudio se pretende responder la pregunta: ¿Cuál es la importancia de estudiar el término esperanza en la psicología clínica y de la salud y cómo éste se relaciona con la percepción de salud y la calidad de vida en pacientes con cáncer? Así, en primer lugar pretende realizar una revisión teórica para elaborar el término de esperanza de manera amplia, como un factor esencial en la vida de cada ser humano, que se encuentra relacionado de manera positiva con la salud y la calidad de vida, en los pacientes con cáncer. En segundo lugar, pretende brindar un marco conceptual que proporcione información a los pacientes, sus familiares y los profesionales del campo de la psicología sobre la importancia de la esperanza en este proceso de enfermedad crónica, y específicamente a los profesionales de la salud para comenzar a realizar estudios empíricos en Colombia.

### **El cáncer**

Al definir el cáncer se deben esclarecer los términos relacionados a éste. En ocasiones se asocian los términos neoplasia y tumor con el cáncer. Sin embargo, neoplasia significa crecimiento nuevo que se da por la pérdida de la capacidad de respuesta del control del crecimiento celular normal, y tumor es el concepto general utilizado para referirse a una neoplasia; es decir, existen tumores o neoplasias benignas y malignas. Dentro de estos crecimientos, se denomina cáncer a los de tipo maligno. Otro término que se debe tener claro es el de metástasis, el cual se refiere a desarrollo de clones o implantes secundarios en tejidos cercanos o distantes al del tumor primario u original. Este proceso se da en el momento en el

que una o varias células se introducen el flujo sanguíneo o en la cadena linfática, por medio de las cuales se transportan a otros lugares del cuerpo. (Cotrán, Robbins y Kumar, 1999)

El cáncer no es una sola enfermedad sino un gran número de enfermedades diferentes con causas, síntomas, tratamientos, etc. comunes y particulares. Hasta la actualidad se han identificado cinco causas: mutación espontánea de las células, mutación inducida por químicos, por herencia, por radiación y por la adquisición de nueva información genética en las células por una infección vírica (Retrovirus, Hepadnavirus, Papilomavirus, Herpesvirus, etc.). (Cotrán, Kumar y Robbins, 1999). Por otro lado, existe un rango tan amplio de síntomas que pueden confundirse con los que son característicos de otras enfermedades y que alteran la cotidianeidad de las personas, siendo el dolor el más temido y común. Finalmente, los tratamientos curativos y paliativos son escasos y los pocos que se encuentran disponibles en la actualidad, según el Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá (2002), son: quirúrgicos, quimioterapia, inmunoterapia o bioterapia, radioterapia, hormonoterapia y cuidados de sostén. Sin embargo, los cuidados se extienden a diferentes disciplinas, campos y red social en el transcurso de la enfermedad. (Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá, 2002)

Actualmente, el cáncer se encuentra dentro de las principales causas de muerte de la humanidad. A pesar de que en la OMS no se han publicado estadísticas actuales de las consecuencias de esta enfermedad, con las del 2005 basta para conocer lo devastadora que es, aumentando gradualmente a través de los años. En el último reporte, se confirmó que por lo menos un 13% (7.6 millones de personas) del total de muertes en el mundo son producto del cáncer, siendo un 70% de los países de medios y bajos recursos. De este saldo, 1.3 millones de personas mueren por cáncer de pulmón, 1 millón por cáncer de estómago, 662,000 por cáncer de hígado, 655,000 por cáncer de colon y 502,000 por cáncer de seno. Los tipos de cáncer más frecuentes en el mundo según el género son: (a) En hombres se encuentran los de pulmón, estómago, hígado, colon, esófago y próstata, y (b) En mujeres se encuentran los de

seno, pulmón, estómago, colon y cervical. Asimismo, en el mismo año en Colombia el cáncer se registró como la quinta causa de muerte, con un saldo de aproximadamente 36,000 personas, 20,000 menores de 70 años. De un 100% que conforman las 5 causas de muerte (enfermedades cardiovasculares, lesiones, otras enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles y cáncer, en su orden respectivo) el cáncer representa al 14,2%. (OMS, 2005)

Con estos datos, la población se ha tomado para llevar a cabo numerosos estudios de los aspectos psicológicos que envuelven el proceso de la enfermedad, dentro de los que se encuentra la esperanza, la percepción de salud y la percepción de calidad de vida.

### **Conceptos de Esperanza, Salud y Calidad de Vida**

La definición popular de la esperanza se limita al sentimiento experimentado en el momento en el que ciertos obstáculos ya no se encuentran en el camino y, por tanto, se ve como posible el alcanzar una meta determinada. Sin embargo, una de las características esenciales de la esperanza es el hecho de encontrarse constantemente con obstáculos y hallar la manera de superarlos para alcanzar una o varias metas. De esta manera, se constituye en un constructo psicológico que no es exclusivo para los creyentes, que es mucho más amplio y que implica una serie de factores que han puesto a pensar a grandes personajes a través de la historia. (Loxterkamp, 2006)

Siguiendo los primeros postulados de la esperanza, ésta se puede revisar desde tres posturas diferentes: teológica, filosófica y psicológica. En la teológica, el término se encuentra fuertemente relacionado con la fe y la caridad, siendo para los cristianos una virtud que lleva a un bien personal, relacionándose con la confianza y con el hecho de ser. La filosófica se centra en las ideas de grandes filósofos, especialmente Gabriel Marcel quien difiere entre optimismo, deseo y esperanza. El deseo se refiere a lo que tiende a algo concreto y determinado, el optimismo a lo superficial pues el optimista es un espectador impulsado por

el ver cómo se arreglan las situaciones, y la esperanza, en cambio, implica un nivel personal y se relaciona con entrega y confianza. (Rojas, 1996)

En cuanto al campo psicológico, Victor Frankl, uno de los autores más importantes del siglo pasado, formó su teoría alrededor del sentido de vida y de la esperanza, basándose en su desafortunada experiencia en el campo de concentración. Su teoría presenta tres pilares: la libertad de la voluntad, que se refiere a una libertad de elegir y escoger asumiendo las consecuencias; la voluntad de sentido, que significa que todos los seres tienen una motivación a buscar sentidos; y el sentido de vida, que habla del para qué de las vivencias diarias. Según lo anterior, cuando se frustra y se pierde la voluntad de sentido se genera un vacío existencial y se pierde la esperanza. (Frankl, 1999)

Un aporte de gran valor es el de Ian Gawler (1978) en Wood (1996), fundador de “The Gawler Foundation” un centro de atención a pacientes con cáncer, quien identificó cinco fases de la esperanza. La primera fase se da cuando la persona acaba de recibir el diagnóstico de cáncer, en la cual hay una pérdida de la esperanza y un sentimiento de desolación. En la segunda fase, surge una esperanza por la supervivencia y por no morir, por un cambio en el pronóstico de su enfermedad, lo cual resulta ser una motivación inestable ya que cualquier falla en el proceso puede hacer que decaiga. En la tercera fase la esperanza se relaciona con los esfuerzos por obtener resultados positivos y un mejor futuro. La cuarta fase se basa en la autorrealización espiritual y existencial y, finalmente, la quinta fase es en la que la persona ya no se preocupa por sus deseos futuros sino por aprovechar el día a día, pues lo que se espera es tener una buena calidad de vida y prepararse a para una buena muerte. (Wood, 1996)

Similarmente, Kubler-Ross (1998) afirma que existen dos tipos de esperanza, la primera estando asociada a la curación, el tratamiento y la prolongación de la vida, y la segunda se relaciona con metas a corto plazo, con la vida después de la muerte y con la preocupación por las personas que va a dejar. (Kubler-Ross, 1998)



Ahora bien, Bayés (2001) en su libro *Psicología del Sufrimiento y de la Muerte*, señala que en las personas con enfermedades crónicas existen dos tipos de esperanza: (a) La esperanza generalizada o esperanza de una mejoría en un futuro indeterminado y (b) La esperanza particularizada o esperanza de obtener algo o de encontrarse en un estado concreto, por ejemplo, tener la esperanza de estrechar los lazos afectivos con familiares o la esperanza de disminución de dolor. El autor observa que en los cuidados paliativos, a medida que avanza la enfermedad, la esperanza va cambiando del primer tipo al segundo. (Bayés, 2001)

En los estudios de pacientes con cáncer en cuidados paliativos aplicados en casa se han corroborado las fases mencionadas anteriormente, pues Benzein, Norberg y Saveman (2001) encontraron que en la experiencia de la esperanza se encuentran las siguientes: la esperanza de encontrar una cura, de vivir con la mayor normalidad posible, la presencia de relaciones positivas y la reconciliación entre la vida y la muerte. Así, los participantes del estudio definieron la esperanza como “un poder interior que facilita la trascendencia de la situación actual y el movimiento hacia una nueva concientización y enriquecimiento del ser” (Benzein, Norberg y Saveman, 2001, p. 117), lo cual coincide con las dos últimas fases de Wood (1996) por la condición en la que se encuentran. Adicionalmente, encontraron que existe cierta tensión entre tener la esperanza de algo y vivir en esperanza. El vivir en esperanza se relaciona con la reflexión y la reconciliación con la vida y la muerte, mientras que la esperanza de algo se relaciona con encontrar una cura o cosas pequeñas y a corto plazo. (Benzein, Norberg y Saveman, 2001)

Actualmente, en la Universidad de Kansas en Estados Unidos, se continúa con el trabajo realizado en vida por C. R. Snyder, quien desarrolló la teoría de la esperanza, sus mediciones y sus aplicaciones. El autor y sus colaboradores han otorgado dos definiciones, la primera es “el estado motivacional positivo basado en la interacción entre un sentido agéntico (energía dirigida hacia una meta) y los caminos (planeación para alcanzar las metas)” (Snyder, 2000, p.

8), y la segunda, siendo la de mayor acogida, es “un set cognitivo basado en la reciprocidad del sentido agéntico (determinación hacia metas) y los caminos (planeación para lograrlas).” (Snyder, et al 1991, p. 571), siendo ésta última la más utilizada en las investigaciones actuales.

El autor establece ciertos parámetros para los aspectos incluidos en esta definición, que constituyen lo que él llama la teoría de la esperanza. En cuanto a las metas, afirma que deben tener suficiente valor para ser conscientes y deben tener un componente de incertidumbre, ya que las personas ven la esperanza al encontrarse bajo condiciones de probabilidad intermedia de lograr las metas propuestas. El componente agéntico, se refiere al componente motivacional que lleva a las personas por los caminos imaginados para lograr las metas, reflejando sus pensamientos con respecto a su capacidad de utilizar esos caminos seleccionados lograrlas. Algunas personas evalúan las barreras como bloqueos permanentes que no permiten realizar acciones para superarlas, lo cual produce reacciones emocionales negativas que recorren el siguiente camino: ira- desespero- apatía. (Snyder, 2000)

El trabajo de los terapeutas es ayudar a la persona a encontrar caminos alternativos, promoviendo la esperanza mediante la combinación de intervenciones enfocadas en las soluciones, cognitivo-conductuales y narrativas, las cuales hacen parte de lo que denominó terapia de la esperanza. Según López, Floyd, Ulven y Snyder en Snyder (2000), esta terapia contiene dos grandes fases: (a) Inculcar esperanza, la cual incluye el proceso de encontrarla mediante la narrativa o el relato de historias de vida y que brindan al terapeuta la oportunidad de localizar actitudes esperanzadoras en el pasado, y el proceso de enlazar la esperanza, en el que el terapeuta modela los pensamientos y comportamientos esperanzadores, generando una alianza y relación terapéutica esperanzadora con tres componentes: tareas, metas y el enlace como tal; y (b) Aumentar la esperanza, cambiando los patrones automáticos y crónicos de pensamiento negativos por optimistas y esperanzadores mediante diferentes técnicas

enfocadas en las metas, en el sentido agéntico y en los caminos y realizando una retroalimentación del proceso terapéutico. Las terapias utilizadas en la terapia de la esperanza fueron creadas con diferentes fines, sin embargo, algunos investigadores han encontrado que al trabajarlas se obtiene un mayor nivel de esperanza en las personas de manera secundaria. Según Michael, Taylor y Cheavens en Snyder (2000), existen dos formas de terapia breve que se pueden aplicar con el fin de aumentar el nivel de esperanza, teniendo en cuenta la teoría de la esperanza: (a) Terapia de solución de conflictos, que se refiere a un proceso en el que se define el problema y se formula, se generan soluciones y luego se evalúa su efectividad. De esta forma, se promueve el componente agéntico y los caminos, y por tanto el pensamiento esperanzador, y (b) Terapia enfocada en la solución, proceso en el que la naturaleza del problema pierde importancia, centrándose en las excepciones al problema. Es decir, el terapeuta explora la queja del paciente y trabaja en descubrir los momentos en los que no se encuentra presente. Asimismo, en estas quejas se observan aspectos problemáticos del sistema de la persona, generalmente la pareja o la familia y el terapeuta “trata de alterar el sistema de mantenimiento del problema del cliente en una dirección positiva” (Michael, Taylor y Cheavens en Snyder, 2000, p. 157), generando expectativa de cambio. Una de las técnicas utilizadas es la “Bola de Cristal” en la que se le pide a la persona que visualice un futuro sin la queja y se le pregunta cómo sería la situación para él o ella y otros cuando el problema este resuelto. De esta forma, construye el conocimiento del proceso para llegar a vivir esa visión y se empodera para resolver los problemas que bloquean los caminos hacia una o varias metas, aprendiendo a pensar y comportarse de manera constructiva. (Michael, Taylor y Cheavens en Snyder, 2000)

Igualmente, el solo hecho de iniciar el proceso terapéutico genera un efecto placebo con una mejoría entre un 40 y un 66%, por la presencia de la motivación, una meta y el camino para alcanzarla. De esta manera, las personas que por lo general presentan altos niveles de

esperanza, son aquellos con la capacidad de reconocer, generar y retener las diferentes vías a una meta propuesta. Son personas con elevados niveles de optimismo, sentido de control en situaciones adversas y capacidad de adaptación. (Snyder, 2000)

Resumiendo, a lo largo de la revisión se describe la esperanza es un factor psicológico multidimensional que se asocia con la búsqueda de bienestar a través del establecimiento, búsqueda y cumplimiento de diversas metas en diferentes fases a corto y a largo plazo. A partir de esta definición se puede establecer una relación entre esperanza y salud, ya que este último concepto actualmente se encuentra definido en términos de bienestar.

La salud es uno de los aspectos más importantes en la vida de las personas y siendo un concepto abordado en todos los idiomas, culturas y religiones a través del tiempo, surgió una necesidad de establecer una definición y una descripción universal. Algunos años atrás, la salud se definía como el estado caracterizado por la ausencia de enfermedad, es decir, conceptualizada por exclusión; y la enfermedad era la alteración del componente biofísico o psicológico del organismo, con el sentido de incapacidad, malestar o sufrimiento de la persona. (Godoy en Simón, 1999)

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ofreció una definición de salud diferente a solo la ausencia de enfermedad que implica al bienestar físico, mental y social. Así se comenzó a evaluar a las personas con enfermedades de una manera más integral, englobando factores que trascienden los aspectos físicos involucrados. Por esta razón, el personal de la salud centró su trabajo dentro y fuera del ámbito hospitalario en el que se evalúa a los pacientes considerando las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima, el espíritu de lucha para sobrepasar limitaciones y discapacidades, y muchos otros aspectos que influyen en su calidad de vida. (Zaider, Triviño y Sanhueza, 2005)

Sin embargo, esta definición de la OMS ha sido cuestionada por diversas razones. En primer lugar, se critica el papel principal del componente subjetivo, pues si bien es muy

importante puede llevar a situaciones paradójicas. En segundo lugar, se cuestiona el papel que se le da al componente individual, siendo que es dependiente de la salud comunitaria, debido al medio biofísico, socioeconómico y cultural en la cual se encuentra inmersa. En tercer lugar, conceptualizar la salud como un estado y no como un proceso. Finalmente, la salud se torna difícilmente operativizable y medible. Por tales razones, se han propuesto reformas sobre esta concepción que consisten en dos dimensiones: (a) el balance de salud, el cual se refiere al proceso de equilibrio dinámico que tiene el bienestar físico, psíquico y social o la ausencia de enfermedades, alteraciones físicas, psíquicas y sociales. A partir de lo anterior, los indicadores del balance se recogen de los juicios del individuo y de los profesionales que lo evalúan. Asimismo, a nivel comunitario, los indicadores serían tanto los informes subjetivos como los indicadores epidemiológicos, de salubridad o de calidad de vida. Y (b) el potencial de salud, el cual se refiere a las interacciones del individuo y el medio para mantener o restablecer el balance de salud. De esta manera, el potencial de salud individual o comunitario es el conjunto de factores protectores, recursos y competencias disponibles para darle un continuidad al balance. (Godoy en Simón, 1999)

Con la información anterior, el autor amplía el concepto definiéndola como un “proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómicosociales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida, momentánea o duradera, de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales.” (Godoy en Simón, 1999, p. 43)

Finalmente, el concepto de calidad de vida es relativamente nuevo y el interés por su estudio ha aumentado desde el siglo XX. Se puede decir que en general las definiciones

propuestas establecen que es una propiedad que tiene el individuo para experimentar, interpretar y valorar situaciones de su ambiente y sus aspectos objetivos. Es decir, similar al concepto de salud, es una combinación de elementos objetivos y subjetivos o de evaluación individual. (Ardila, 2003)

Así, Ardila (2003) propone una definición que integra las áreas del ser humano, dándole un carácter multidimensional: “Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social.” (Ardila, 2003, p. 163) En este sentido, la calidad de vida implica cuatro factores multidimensionales: (a) Bienestar físico, determinado por la actividad funcional, la fatiga, el dolor, el sueño, entre otros; (b) Bienestar social, asociado a las funciones y relaciones, el afecto, la apariencia, el aislamiento, la situación económica, etc.; (c) Bienestar psicológico, que se refiere a la ansiedad, la depresión, la angustia y el tratamiento, y (c) Bienestar espiritual, que abarca el sentido que se le da a la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la religiosidad, entre otros. (Orozco y Vinaccia, 2005)

En el campo de la salud, en un principio el concepto se refería al cuidado de la salud personal, luego a la preocupación por la salud e higiene públicas, abordando los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la inclusión del acceso a bienes económicos, y finalizó con una visión bio-psico-social acompañada por la preocupación por la experiencia subjetiva, el área social, la actividad diaria y la salud propia. (Schwartzmann, 2003 citado por Vinaccia et al, 2005) A partir de lo anterior surge la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que es “la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado” (Orozco y Vinaccia, 2005, p. 128), lo cual implica que la persona realice una valoración del grado de

satisfacción ante unas circunstancias, de acuerdo al logro de sus expectativas iniciales. (Orozco y Vinaccia, 2005)

En los pacientes con cáncer la definición varía por la misma condición en la que se encuentran. La definición aceptada para esta población es “la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o real.” (Celia y Tulsy, (1990) citados por Portillo-Guerra y Restrepo, 2004, p. 52). Las personas realizan una comparación de su funcionamiento pasado, presente y las expectativas que tienen de este a futuro, enfatizando en su grado de adaptación a su enfermedad. Lo anterior es el resultado de la interacción entre diferentes áreas de funcionamiento en un momento específico. (Portillo-Guerra y Restrepo, 2004)

De esta forma, el constructo se concibe como la adaptación a la enfermedad que implica un proceso de afrontamiento o “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 citado por Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007, p. 58). Así, la forma como las personas afrontan una enfermedad crónica está determinada por la interpretación subjetiva, el concepto de calidad de vida que se tenga y el apoyo social percibido, siendo este último la percepción de ser amado por los demás. En la actualidad se maneja otra clasificación de estrategias de afrontamiento propuesta por Watson y Greer en 1998, y que se pueden dar simultáneamente, dependiendo de los factores psicológicos y físicos de la persona. Las pasivas son: (a) Fatalismo: respuesta en la que la persona acepta la enfermedad en forma de resignación pues no puede ejercer ningún control, (b) Preocupación ansiosa: respuesta de constante preocupación por la enfermedad y miedo frente al dolor o a la recurrencia y (c) Desesperanza o indefensión: actitud pesimista pues sienten que ya no nada por hacer y consideran el pronóstico como algo inevitable y negativo. Las activas son: (a) Espíritu de

Lucha: se refiere a las respuestas activas y participativas con el fin de luchar contra la enfermedad, aceptando el diagnóstico y (b) Evitación: respuestas de rechazo frente a la enfermedad, minimizando la seriedad de ésta y evitando pensamientos relacionados con el diagnóstico. (Llull, Zanier y Garcia, 2003)

De acuerdo con la revisión sobre los conceptos de esperanza, salud y calidad de vida, se puede afirmar que los tres son multidimensionales y se asocian con la adaptación y el bienestar de las personas, desde la mirada bio-psico-social-cultural. Por tanto, al potenciarlos las personas con cáncer pueden obtener beneficios físicos y psicológicos, adaptándose de manera adecuada a su enfermedad.

### **Implicaciones de los conceptos en pacientes con cáncer**

Ahora, se puede proceder a un análisis sobre las implicaciones de la esperanza, la salud y la calidad de vida en los pacientes oncológicos y sus factores asociados, agrupándolas en biológicas, espirituales, dependientes del personal de la salud y psicológicas.

Dentro de los factores biológicos, se han realizado estudios sobre la relación entre la psique humana y el sistema inmunológico, en este caso, la esperanza con el sistema inmunológico, repercutiendo de manera positiva en la percepción de salud y calidad de vida. Groopman (2004) realizó diferentes estudios en los que encontró que ésta puede llegar a ser tan importante como cualquier medicación o procedimiento a realizar. Esto se debe a que la fe y la creencia son los componentes básicos de la esperanza y pueden bloquear el dolor por medio de la secreción cerebral de endorfinas y encefalinas, mimetizando los efectos de la morfina. La importancia de su estudio radica en la existencia de casos en los que los pacientes esperanzados, se recuperan más rápido y tienen un mayor porcentaje de supervivencia. (Groopman, 2004). De esta forma, se ha observado un incremento en la actividad del sistema inmune cuando se tiene esperanza, por la activación de las células Natural Killers (NK), y por tanto, de la respuesta inmunológica frente al cuerpo no reconocido o extraño. En el caso del



cáncer, se ha encontrado que esta activación lleva a una disminución en la progresión o a una remisión de la enfermedad. (Wood, 1996)

En cuanto a los aspectos espirituales, se puede decir que los pacientes con cáncer a menudo relacionan su enfermedad con muerte y su tratamiento los afecta en su totalidad, razón por la cual, evalúan sus vidas y se hacen cuestionamientos de carácter existencial. En los estudios se ha encontrado una correlación positiva entre espiritualidad y recuperación (longevidad) y entre bienestar espiritual y calidad de vida (Martínez, Méndez y Ballesteros, 2004), por tanto, ha tomado gran importancia el estudio de ésta en los pacientes con enfermedades terminales.

Por otro lado, el gran factor dependiente del personal de la salud es la comunicación de la información. Hasta hace poco, los diagnósticos de las diversas enfermedades se le informaban a los pacientes de manera incompleta, sin embargo, por demandas de los propios pacientes y por cuestiones legales, la información se debe dar con el objetivo de convertir al paciente en un agente activo en su enfermedad. En este proceso se debe tener en cuenta la edad del paciente, del nivel de estudios, la actitud que tiene frente al problema, el nivel de empatía que existe en la relación médico-paciente y la capacidad retentiva del enfermo en momentos de estrés. (Bayés, 2001)

De igual manera, las malas noticias siempre van a generar en un principio una reacción de conmoción y aturdimiento, que disminuye paulatinamente en la medida en la que aumenta la percepción de control. Esta reacción de conmoción es simultánea al sentimiento de que la muerte se encuentra cerca, pues el diagnóstico se percibe como una amenaza que lleva a una muerte psicológica o “el conocimiento subjetivamente cierto que se suscita en un momento concreto de la vida de que me voy a morir” (Bayés, 2001, p. 23). Lo anterior, no necesariamente implica ansiedad, depresión o sufrimiento, ya que dependen de las circunstancias biográficas, culturales, perceptivas y sociales de cada persona. (Bayés, 2001)

En un estudio realizado por Hagerty et al. (2005), sobre la forma en que los pacientes con cáncer desean recibir noticias sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento para mantener la esperanza, se encontró que la mayoría de estos consideran más esperanzadora la transmisión individualizada de la información, siendo realista y proveniente de un especialista en cáncer que sea confiable, colaborador y que brinde apoyo a sus pacientes. En cuanto a los doctores que fomentaron la esperanza se encontraron los que les brindaron a sus pacientes las posibilidades de tratamientos más recientes (90%), que mostraron saber y conocer muy bien la enfermedad (87%), los que mencionaban que el dolor es controlable (87%) los que brindaban todos los tratamientos posibles (83%) y los que utilizaban el humor ocasionalmente (80%). (Hagerty et al., 2005)

Finalmente, existen diversos factores psicológicos que surgen al enfrentarse a una enfermedad crónica y que influyen de manera positiva o negativa en la experiencia de la esperanza, la salud y la calidad de vida.

Es sabido que existen etapas de reacciones emocionales y psicológicas de los pacientes a los que se les comunica el diagnóstico de una enfermedad difícilmente curable. Estas etapas propuestas por Kubler-Ross son: (a) negación, gracias al shock que produce la información, (b) Ira, por la forma como el mundo funciona, (c) Negociación, en donde la persona negocia con los demás, especialmente con los doctores, la familia y Dios, ofreciendo algo a cambio de la mejoría, (d) Depresión, cuando se percata de su diagnóstico y del pronóstico de éste, y finalmente (e) aceptación, que generalmente va acompañada de la ilusión de que algún milagro va a ocurrir. (Groopman, 2004)

Esta última etapa, la aceptación de una enfermedad, consiste en seguir adelante viviendo día tras día con una sensación de paz interior, es decir, pasar de la conmoción y el aturdimiento a la resolución y reorganización. Esto implica un proceso de duelo en el que los pacientes saben y creen en una posibilidad alta de enfrentar un futuro con dolor,

desfiguración, pérdida de la funcionalidad, pérdida económica, incertidumbre, etc. En el momento en el que esta percepción del daño supera la percepción de los recursos personales el resultado puede llegar a ser un trastorno de ansiedad o un trastorno del estado del ánimo y, por tanto, una mayor alteración de la salud. (Bayés, 2001)

Reuniendo los factores asociados con la esperanza, la salud y la calidad de vida, se ha emprendido una búsqueda de las relaciones entre el afrontamiento mediante acercamientos emocionales, esperanza disposicional y la receptividad percibida del contexto social, estudios en los que encontraron que en las mujeres, el afrontamiento mediante la expresión emocional se correlacionaba de manera positiva con la esperanza y que el afrontar mediante acercamientos emocionales puede promover la adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer, la activación del sistema inmune, mejoría de la salud y mayor longevidad. (Stanton et al., 2000) Basados en estos datos, Stanton et al., 2000, realizaron un estudio en 92 mujeres con diagnóstico de cáncer de glándula mamaria, con una edad media de 51.56 años y encontraron que un acercamiento emocional se asocia con una adaptación física y psicológica positiva, con mejor percepción de salud, mejor percepción de calidad de vida, menor nivel de estrés y menor número de citas médicas por síntomas de la enfermedad en un periodo de tres meses. Asimismo, las participantes que utilizaron afrontamiento espiritual demostraron menores niveles de estrés y las que contaban con un contexto social altamente receptivo, la expresión emocional se relacionó con mejor calidad de vida. Adicionalmente, basándose en la definición de esperanza de Snyder mencionada anteriormente, encontraron que existe una relación positiva entre el afrontamiento basado en la expresión emocional y la esperanza, por tanto, al expresar un sentido de pérdida de control las personas comienzan a distinguir los que pueden controlar o no, canalizan su energía en metas alcanzables y generan caminos alternativos para volver a sentir control. Las mujeres con un mayor nivel de esperanza disposicional, evidenciaron altas expectativas de resultados positivos, una búsqueda activa de

esos resultados, mayores capacidades de expresión emocional y generaron una resolución más adaptativa a las emociones complejas producidas por la enfermedad. Concluyendo, la expresión emocional es un factor de gran importancia para generar una adaptación positiva a la enfermedad y para el mantenimiento de la esperanza y la salud en las pacientes con cáncer de seno. (Stanton et al., 2000)

Por otro lado, Taylor en Snyder (2000) en un estudio con pacientes con cáncer de glándula mamaria encontró que un nivel alto de esperanza se encuentra relacionada directamente con estilos de afrontamiento activos, ya que estas personas generalmente presentan determinación hacia las metas (pensamiento agéntico) y creen en su capacidad para generar los caminos para alcanzarlas. Así, estos pacientes por lo general utilizan la estrategia de espíritu de lucha, se ajustan mejor a la enfermedad durante los tratamientos y tienden a ser menos catastróficos, lo cual resulta en mayores sentimientos de bienestar y en mayor control del dolor. (Taylor en Snyder, 2000)

Finalmente, la gran influencia del componente psicológico sobre la salud, la calidad de vida y la esperanza se observa en los estudios realizados por personal de la salud en cuanto al efecto placebo, un falso tratamiento que se puede utilizar clínicamente para aplacar a un paciente, o experimentalmente para encontrar la eficacia de una droga. Generalmente, los placebos son sustancias físicamente inertes, que tienen la misma forma física a una droga. Teniendo claro lo anterior se puede definir el efecto placebo, como los efectos benéficos de un tratamiento que no se pueden adjudicar al mecanismo de acción del tratamiento como tal, puesto que es falsa. (Groopman, 2004; Wager, 2005) De esta manera, el efecto placebo genera expectativa y la creencia de una mejoría, dos componentes importantes de la esperanza, sea cual sea la enfermedad que se tenga. (Groopman, 2004) Consecuentemente, se puede decir que la esperanza y el efecto placebo tienen una relación muy fuerte en cuanto a que en ambas

se experimenta una espera, que en la mayoría de los casos desemboca en una mejoría notable tanto en lo físico como en lo psicológico.

### Conclusiones

A partir de la revisión teórica realizada en el presente trabajo sobre el concepto de esperanza, se puede decir que aunque los estudios son escasos en el campo de la psicología y su definición psicológica se estableció recientemente, se ha observado que es uno de los factores relacionados con la percepción de salud y de calidad de vida (CV) en las enfermedades crónicas; en este caso en los pacientes con cáncer, quienes según los reportes de la Organización Mundial de la Salud (2005) representan estadísticas alarmantes de morbi-mortalidad alrededor del mundo.

El proceso que experimentan los pacientes con cáncer desde el diagnóstico hasta su curación, remisión o muerte es largo, angustiante y con grandes cargas de sufrimiento, por lo cual se requiere de grandes esfuerzos por parte de ellos, de sus familiares y del personal que los rodea para potenciar los recursos que llevan a la adaptación a su enfermedad y a una mejoría en su cotidianeidad. Lo anterior, como se mencionará, por medio de mecanismos de afrontamiento adecuados y el refuerzo de la esperanza. Al recibir la información del diagnóstico, Bayés (2000) afirma que se genera una percepción de amenaza y consciencia de muerte o muerte psicológica, lo cual corresponde a las fases de desesperanza, de supervivencia y de un futuro mejor descritas por Wood (1996) y al comienzo del proceso de duelo explicado por Kubler-Ross. Sin embargo, ambos Bayés (2000) y Kubler-Ross (1998) hablan sobre un tipo de esperanza asociada a mejoría en un futuro inmediato y expectativas de vida, lo cual refleja que a pesar de los sentimientos negativos que se generan, siempre existe algún aspecto positivo potenciable de diferentes formas. Por esto, en ese momento tan doloroso los profesionales deben realizar una evaluación integral del paciente para saber qué tipo, cómo y en qué momento brindar la información. Según Hagerty (2005) los pacientes

afirman experimentar esperanza cuando reciben la información de una persona confiable y realista, que les brinda apoyo y diversas opciones de tratamiento. Esto se relaciona con un aumento en la percepción de control sobre la enfermedad, estrategias de afrontamiento activas de espíritu de lucha y/o evitación y, por tanto, con la segunda definición de esperanza brindada por Snyder et al. (1991) y el aporte de Loxterkamp (2006), puesto que el tratante le brinda diferentes caminos para lograr la meta de mejoría y con su apoyo motiva a los pacientes a luchar y afrontar la situación de una manera más adaptativa.

Posteriormente, en la etapa de tratamientos curativos o paliativos, los pacientes se encuentran en un proceso dinámico de sentimientos, pensamientos y conductas positivas y negativas según el curso de la enfermedad, sus síntomas, la efectividad de los tratamientos y sus efectos secundarios y el apoyo percibido. Por esta razón, se encuentran en juego los recursos externos e internos que sostienen una percepción de bienestar general tangible o no. Esta percepción descansa en la evaluación que realicen sobre su vida, su estado emocional, físico y social (Orozco y Vinaccia, 2005) y sobre su funcionamiento pasado, presente y sus expectativas a futuro (Celia y Tulskey, 1999), dando como resultado una percepción de calidad de vida positiva o negativa. De la misma forma, los pacientes realizan un balance de salud y evalúan su potencial de salud, que se relaciona positivamente con la percepción de calidad de vida (Godoy en Simon, 1999). En este proceso, se puede apreciar la esperanza como un factor asociado que provoca cambios biológicos como la secreción de endorfinas y encefalinas y activa el sistema inmunológico, disminuyendo el dolor y combatiendo la enfermedad, generando un ciclo en el que se evidencia mejoría en la salud, la calidad de vida y el curso de la enfermedad (mayor longevidad) (Groopman, 2004 y Stanton et al, 2000). Los pacientes crean grandes expectativas y creencias de mejoría que resultan en un efecto placebo, que potencia en gran medida un nivel alto de esperanza (Snyder, 2000 y Groopman, 2004). En esta etapa de tratamiento del cáncer, las fases de la esperanza descritas por Wood que se

observan son las mencionadas anteriormente y la fase de autorrealización espiritual, estando esta última correlacionada positivamente con recuperación, bienestar y calidad de vida en el estudio realizado por Martínez, Méndez y Ballesteros (2004). Para que se forje lo anterior, el ideal es que el paciente llegue a aceptar la enfermedad, atravesando las fases de duelo, que como se puede deducir, afectan de manera importante en el nivel de esperanza.

Finalmente, el cáncer puede tomar tres caminos: remisión, curación o deterioro hasta la muerte. En los estados de remisión y curación se realiza un seguimiento al paciente en el cual se llevan a cabo exámenes periódicos, con los que los pacientes pueden reexperimentar lo descrito en la etapa anterior. Sin embargo, en caso de llegar a la etapa de deterioro se puede observar la esperanza particularizada según Bayés (2001) y el segundo tipo de esperanza según Kubler-Ross (1998) quienes afirman que es dirigida a la obtención de algo, se considera la vida después de la muerte, se genera preocupación por lo que se va a dejar atrás y se establecen metas a corto plazo. Consecuentemente, se relaciona con la definición y las características de esperanza que aporta Snyder et al. (1991 y 2000), incluyendo los caminos para obtener las metas y un nivel adecuado de motivación potenciabile por la red de apoyo. En esta etapa prevalece la fase de la esperanza en la que se espera una buena calidad de vida y muerte, ya que, siguiendo un proceso adecuado, las personas reflexionan y se reconcilian con la vida y la muerte, haciendo que, como lo mencionan Benzein, Norberg y Saveman (2001), vivan en esperanza.

Como propuestas de autores en el campo de la psicología para potenciar la esperanza, un concepto multidimensional asociado a múltiples aspectos del ser humano y su entorno, se encuentra en primer lugar Snyder (2000), reiterando que por medio de las intervenciones cognitivo-conductuales y sistémicas mencionadas se pueden analizar diferentes alternativas para superar los obstáculos que se presentan y limitan la obtención de las metas realistas establecidas; y en segundo lugar Stanton et al (2000), quienes en su estudio evidenciaron que

un acercamiento emocional, siendo la expresión emocional el principal objetivo de la terapia, lleva a las personas con cáncer a adaptarse física y psicológicamente a la enfermedad, mejorando la percepción de salud, de calidad de vida y generando un mayor nivel de esperanza; lo cual responde la pregunta de investigación planteada en la presente revisión teórica y corrobora la relación existente entre la esperanza y el ajuste a la enfermedad o la adaptación en la que enfatizan los diversos autores.

La importancia de los acercamientos mencionados radica en la carencia de estudios en Colombia en los pacientes con cáncer sobre el tema y el afán de dar a conocer a los lectores del presente trabajo los avances que se están realizando sobre la teoría y terapia de la esperanza creada recientemente. Partiendo de lo anterior, pueden surgir estudios empíricos sobre los conceptos mencionados y estudios sobre los resultados de diferentes tipos de intervenciones enfocadas en el aumento del nivel de esperanza y en el mejoramiento de la percepción de calidad de vida y salud. De esta forma, se espera que se apliquen estos conocimientos en la práctica diaria con este tipo de población tan vulnerable de presentar pensamientos, sentimientos, emociones y acciones negativas por su misma condición. Como lo afirma Taylor en Snyder (2000), en los pacientes con cáncer generalmente el nivel de esperanza varía según los bloqueos que se encuentren en el proceso, como surgimiento de nuevas metástasis, aumento del dolor, tratamientos agresivos e invasivos, discapacidad, entre otras. De la misma manera, su motivación para alcanzar las metas establecidas aumenta y disminuye según la frustración y la percepción que se tenga del bloqueo. Por esta razón, es esencial un trabajo constante con los pacientes y el sistema en el que se encuentran, centrado en aumentar el pensamiento agéntico, en la reorganización, el cambio y el establecimiento de metas realistas basadas en lo que se puede alcanzar y en los caminos, inculcando y aumentando la esperanza como se establece en su teoría y terapia, a través de técnicas como la solución de problemas, ventilación emocional, autoinstrucciones y el aumento de autoeficacia.



## Referencias

- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35 (2), 161-164.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. España: Ediciones Martinez Roca.
- Benzein, E. Norberg, A. & Saveman, B. (2001). The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. *Palliative Medicine*, 15 (2), 117-126. Recuperado el 6 de Marzo de 2007 de <http://biblioteca.unisabana.edu.co/bd/veracceso.php?mfn=000063&ocurrencia=1..>
- Cotrán, R.S., Robbins, S.L. & Kumar, V. (1999). *Patología humana*. (6ª.Ed.). México: McGraw Hill.
- Frankl, V.E. (1999). *El hombre en busca de sentido* (20ª. Ed.). Barcelona: Herder. (Original publicado en 1946).
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F. y Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe* (20), 50-75. Recuperado el 25 de Abril de 2008 de [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia\\_caribe/20/3\\_Calidad%20de%20vida.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/20/3_Calidad%20de%20vida.pdf)
- Groopman, J. (2004). *The anatomy of hope: How to prevail in the face of illness*. Estados Unidos: Random House.
- Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. M., Lobb, E. A., Pendlebury, S. C., Leighl, N., McLeod, C. y Tattersall, M. H. N. (2005). Communicating with realism and hope: Incurable cancer patient's view on the disclosure of prognosis. *Journal of clinical oncology*, 23 (6), 1278-1288. Recuperado el 6 de Febrero de 2008 de <http://jco.ascopubs.org/cgi/reprint/23/6/1278..>

- Instituto Nacional de Cancerología. (2002). *Manual metodológico de normas y procedimientos para la implementación de registros institucionales de cáncer*. Colombia: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, área de vigilancia en Salud, Instituto Nacional de Cancerología.
- Kubler-Ross, E. (1998). *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*. (2ª. Ed.) España: Nueva Espiritualidad.
- Loxterkamp, D. (2006). Hope. *Commonweal*, 133 (20), 12-13. Recuperado el 13 de Marzo de 2007 de <http://biblioteca.unisabana.edu.co/bd/veracceso.php?mfn=000063&ocurrencia=1>
- Llull, D. M., Zanier, J. y García, F. (2003). Afrontamiento y Calidad de Vida: Un Estudio de Pacientes con Cáncer. *Psico-USF*, 8 (2), 175-182. Recuperado el 13 de Febrero de 2009 de <http://pepsic.bvspsi.org.br/pdf/psicousf/v8n2/v8n2a09.pdf>.
- Martinez, M. R., Méndez, C. y Ballesteros, B. P. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Universitas Psychologica*, 3 (2), 231-246. Recuperado el 7 de Abril de 2008 de [http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N209caracteristicas\\_espirituales.pdf](http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N209caracteristicas_espirituales.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. (2005, Febrero). *Cancer*. Recuperado el 5 de Marzo de 2008 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Orozco, L. M. y Vinaccia, S. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*, 1 (2), 125-137. Recuperado el 20 de Abril de 2008 de [http://www.usta.edu.co/diversitas/doc\\_pdf/diversitas\\_2/vol1.no.2/art\\_1.pdf](http://www.usta.edu.co/diversitas/doc_pdf/diversitas_2/vol1.no.2/art_1.pdf).
- Portillo-Guerra, C. y Restrepo, M. (2004). Evaluación del cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ C-30 dentro de un estudio con pacientes adultos de centros de oncología de Bogotá. *Avances en medicina*, 2 (1), 51-61.

- Rojas, E. (1996). *Una teoría de la felicidad* (20ª. Ed.). España: Dossat 2000.
- Simón, M. A. (1999). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. España: Biblioteca Nueva.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of Hope: Theory, Measures and Applications*. Estados Unidos: Academic Press.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J. Langelle, C. y Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*, 60 (4), 570-585. Recuperado el 15 de Marzo de 2008 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2037968>
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B. y Sworowski, L. A. (2000). Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (5), 875-882. Recuperado el 20 de Febrero de 2009 de <http://www.apa.org/journals/features/ccp685875.pdf>.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15 (002), 207-220. Recuperado el 25 de Abril de 2008 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29115205.pdf>
- Wager, T.D. (2005). The neural basis of placebo effects in pain. *Current directions in psychological science*, 14 (4), 175-179. Recuperado el 6 de Marzo de 2007 de <http://biblioteca.unisabana.edu.co/bd/veracceso.php?mfn=000063&ocurrencia=1>
- Wood, C. (1996). Is hope a treatment for cancer?. *Advances: The Journal of Mind-Body Health*, 12 (3), 67 Recuperado el 6 de Marzo de 2007 de <http://biblioteca.unisabana.edu.co/bd/veracceso.php?mfn=000063&ocurrencia=1>

Zaider, G., Triviño, V. y Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*, 5 (1), 20-31.