

Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento en Personas con Patologías Crónicas

Alfonso Urzúa Morales¹
Adolfo Jarne Esparcia

Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile

Compendio

Utilizando la Escala WHOQoL-Bref de la Organización Mundial de la Salud y la Escala de Estilos de Afrontamiento de Páez et al., se evalúa la relación existente entre el estilo de afrontamiento y la calidad de vida en una muestra de 440 participantes, 220 de las cuales viven con una patología física crónica y son usuarios de Servicios de Atención Primaria en Salud en España y Chile. Se observan diferencias tanto a nivel de calidad de vida como en estilos de afrontamiento, siendo el nivel de la primera superior en España que en Chile y mayor en no crónicos que crónicos, predominando estilos de tipo activo en España y estilos de tipo evitativos en Chile. Existen diferencias culturales en la relación entre Calidad de Vida y afrontamiento, vinculándose los estilos conductuales en Chile a la Calidad de Vida, mientras que en los participantes españoles se relaciona con estilos de tipo cognitivo.

Palabras clave: calidad de vida; estilos de afrontamiento; patologías crónicas.

Quality of Life and Coping Styles among Chronic Patients

Abstract

The purpose of this study was report the linked between the quality of life and coping styles in people living with non transmissible chronic diseases. The Spanish version of WHOQoL – Bref and The Coping Styles Questionnaire was applied to 220 participants with chronic diseases and 220 non chronic, patients for primary care on health in Spain and Chile. The results show differences in levels of quality of life being higher in the Spanish and non chronic participants. About the coping styles, in the Chilean sample it prevails the avoidance styles whereas in the Spanish sample the active styles. There is cultural differences in both variables: linked the behavioural coping style to quality of life in the Chilean sample and the avoidance coping styles in the Spanish sample.

Keywords: Quality of life; coping styles; chronic illness.

La calidad de Vida en salud (CVS) puede ser definida como la evaluación que la persona realiza sobre su grado de bienestar en diversos dominios de la vida, considerando el impacto que en estos ha podido provocar una enfermedad tanto física como mental y sus consecuencias. En este marco, el estudio de la CVS en las patologías crónicas ha desplegado el interés de muchos investigadores en el área, dado que los avances en la intervención terapéutica han permitido una mayor tasa de supervivencia, permaneciendo la enfermedad en el tiempo y obligando a las personas a vivir con ésta, requiriendo entonces que los pacientes deban adaptarse a la enfermedad y a los factores psicológicos y sociales que la rodean.

Una de las variables que se ha estudiado sobre su posible influencia en la calidad de vida son los estilos de afrontamiento, definidos estos como variables disposicionales que influyen sobre la elección de las estrategias de afrontamiento (acciones concretas y específicas que la persona utiliza para enfrentarse a la situación). El estudio de esta relación encuentra su fundamento en el rol modulador que tiene el estilo de una persona, y por ende, en la elección de las estrategias que utiliza para enfrentar la enfermedad, en el surgimiento del estrés y en la calidad de vida, asumiendo que a mayor estrés percibido, menor es la calidad

de vida reportada. La evidencia al respecto no es concluyente, por lo que esta investigación pretende aportar información sobre el tema.

El estilo de afrontamiento ha sido considerado como un factor mediador importante con relación a la adaptación a la enfermedad (Hyland, 1992; Lazarus, 1991;) o vinculado a resultados físicos y psicológicos en salud (Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002), existiendo un relativo acuerdo de que existiría una asociación entre enfermedad y estilo de afrontamiento, aun cuando las investigaciones destinadas a profundizar sobre las relaciones entre tipos de afrontamiento específicos y enfermedad no han llegado a conclusiones definitivas, no existiendo un claro consenso acerca de cuáles son los estilos de afrontamiento más efectivos.

En el campo específico de la calidad de vida, las investigaciones se han centrado en la posible influencia que podría tener un determinado estilo de afrontamiento sobre una patología específica, como el parkinson, área en que se ha planteado que si bien el estilo de afrontamiento tiene un modesto impacto directo sobre la calidad de vida su papel es importante para la comprensión de ésta (Croyle et al., 2003; de-Ridder, Schreurs, & Bensing, 1998) o que un afrontamiento activo sería mejor que un afrontamiento evitativo con respecto a las enfermedades crónicas (Frazier, 2000).

El área del cáncer es otra de las patologías más estudiadas, pero que sin embargo tampoco ha ofrecido

¹Dirección: Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile. E-mail: alurzua@ucn.cl

evidencias concluyentes, encontrándose una alta o baja calidad de vida vinculada con un afrontamiento centrado en el problema o a uno centrado en la emoción, dependiendo de la investigación (Green, Pakenham, Headley, & Gardiner, 2002; Osowiecki & Compas, 1998;). Así pues, a pesar de que algunas investigaciones plantean que entre calidad de vida y estilo de afrontamiento no existiría relación alguna o las asociaciones no son significativas (Carroll, 1999; Frazier, 2000; Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali, & Anisman, 2002; Rudnick, 2001; Thiagarajan, 1998), una gran mayoría plantea que si existe relación, pero no son concluyentes al especificar una vinculación directa de un estilo específico de afrontamiento con un determinado nivel de vida reportado.

Los estilos de afrontamiento más discutidos y que aparecen con mayor frecuencia vinculados a una alta calidad de vida son el activo y centrado en la resolución de problemas y a una baja calidad de vida, el evitativo y centrado en la emoción, pero los resultados tampoco son concluyentes. Se encuentra en la literatura investigaciones que informan que un estilo de afrontamiento activo tendría una fuerte asociación positiva con calidad de vida (Carver et al., 1994, Ferrero et al., 1994, Lavery & Clarke, 1996, citados en Cousson-Gelie, 2000; Gunzerath, Connelly, Albert, & Knebel, 2001; Savelkoul, Ritzen, & Konings, 2002; Watson, Greer, Rowden, Robertson, Bliss, & Tumore, 1991), sin embargo, también se ha reportado que no tendría ningún tipo de asociación (Anie, Steptoe, & Bevan, 2002; Rudnick, 2001), o bien, que estaría vinculado a una baja calidad de vida (Brown, Brown, Miller, Dunn, King, Coates, & Butow, 2000) ya que incrementaría los niveles de cansancio y deterioro en el estado del ánimo y en la habilidad para funcionar en la vida diaria (Osowiecki & Compas, 1998).

Con relación al afrontamiento evitativo o centrado en la emoción, la mayoría de los hallazgos lo han vinculado a una pobre calidad de vida (Anie et al., 2002; Brown, King, Butow, Dunn, & Coates, 2000; Green et al., 2002; Hendriks, van-Olffen, & Vingerhoets, 2000; Wahl, Hanestad, Wiklund, & Moum, 1999), sin embargo, también es posible encontrar investigaciones que reportan lo contrario (Ritsner, Ben-Avi, Ponizovsky, Timinsky, Bistrov, & Modai, 2003) o Carver et al., (1992, citado en Anie et al., 2002) quienes plantean que cuando las personas no tienen un sentimiento de control sobre su situación, un afrontamiento evitativo sería más beneficioso para su calidad de vida, porque un afrontamiento aproximativo podría generar frustración cuando se siente que el control se está perdiendo.

Un tercer grupo de investigaciones, con una tendencia similar a las anteriores, han vinculado la presencia simultánea de un afrontamiento activo con una mejor calidad de vida y de un afrontamiento evitativo o centrado en la emoción a una calidad de vida más pobre (Burgess, Carretero, Elkington, Pasqual-Marsettin, Lobaccaro, & Catalán, 2000; Carroll, 1999; Coelho, Amorim, & Prata, 2003; Ritsner et al., 2003; Swindells et al., 1999). En este grupo también encontramos investigaciones que difieren de la mayoría. Como es el caso de Echteld, (Echteld, van Elderen,

& van der Kamp, 2001) quien propone que ambas tendrían una relación similar con calidad de vida.

Dado que la evidencia al respecto no es concluyente, esta investigación pretende aportar información sobre el tema, teniendo por objetivo analizar la relación existente entre la calidad de vida en salud percibida y el estilo de afrontamiento al estrés en consultantes de Atención Primaria en salud, hipotetizando que probablemente las personas viviendo con una patología crónica han desarrollado un estilo específico de afrontamiento, probablemente de tipo activo, que facilitaría su adaptación a la enfermedad, independientemente del marco sociocultural, para lo cual se ha considerado el estudio en poblaciones con similar lenguaje y organización del sistema de atención primaria, pero con características socioculturales diferentes, como es el caso de Chile y España.

La presente investigación tiene la ventaja de utilizar un instrumento construido por la Organización Mundial de la Salud, que permite ser usado en diferentes grupos con distintos niveles y que los datos puedan ser incluidos en una gran base de datos que permitan aportar a la comparación con poblaciones similares en otras partes del mundo que permitan inferir si la percepción de la calidad de vida está mediada por factores culturales y sociales o si tienen un rol mayor sobre esta evaluación los factores individuales, tales como afrontamiento, o bien, está determinada por características propias de la patología, independiente de los factores ya mencionados.

Método

Participantes

El universo principal de estudio correspondió a la población de consultantes de Atención Primaria en Salud de las ciudades de Barcelona/ES en España y Antofagasta/CL de Chile. La muestra total estuvo conformada por 220 personas con una patología crónica no transmisible prevalente en el nivel primario de atención en salud (120 chilenos, 100 españoles) y 220 personas sin la condición de cronicidad (120 chilenos y 100 españoles).

Instrumentos

Se utilizó para evaluar la calidad de vida la Escala WHOQOL-BREF, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyas características psicométricas ya han sido reportadas (Lucas, 1998; Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004) y que evalúa la calidad de vida a través de un cuestionario de 26 preguntas que inquieren acerca de cuatro dimensiones específicas: física, psicológica, social y ambiental. Los puntajes obtenidos en la Escala son puntuados de 1 a 5, considerando al 1 como una peor calidad de vida. Se invierten los puntajes de los ítems negativos y luego los puntajes obtenidos se convierten en una escala de 0 a 100 para poder establecer comparaciones entre los dominios, ya que estos están compuestos por un número desigual de reactivos.

La Escala posee además un reactivo que inquiriere sobre la evaluación global que el individuo hace de su calidad de vida y otro sobre su percepción del estado de salud. Los alfa de Cronbach para los diversos factores fueron: Psicológico=0,74; Físico=0,72; Ambiental=0,75; Social=0,67.

Para la evaluación de los estilos de afrontamiento se utilizó una escala tipo likert con respuestas entre 1 a 5 puntos, dependiendo del grado de utilización que cada participante declara para cada estrategia propuesta frente a la consigna de "ante un problema con su salud". La escala es una adaptación de la original creada por Darío Páez y el equipo de Investigación del Departamento de Psicología Social de la Universidad del País Vasco. La validación se hizo en una muestra piloto de 60 personas con patologías físicas crónicas no transmisibles, usuarias de los Servicios de Atención Primaria de la ciudad de Barcelona en España y de Consultorios de Atención Primaria en Antofagasta de Chile y 60 personas sin condiciones de cronicidad y de similares características socio demográficas, de ambos países. El análisis factorial exploratorio a través del método de componentes principales con rotación *Varimax* muestra la existencia de cuatro factores que explican el 49,6% de la varianza total, agrupándose las diversas estrategias presentadas en estilos agrupados según el método (activo o evitativo) y según el tipo de actividad movilizada (cognitivo o conductual) (Fernández Abascal, 1997), siendo estas: Estilo de Afrontamiento Activo Conductual: agrupa estrategias con un marcado predominio conductual o instrumental destinadas a manejar directamente el evento estresante; Activo cognitivo: incluye estrategias que involucran enfrentarse directamente al suceso, pero con un marcado predominio cognitivo; Evitativo Conductual: abarca estrategias conductuales o instrumentales destinadas a no enfrentar el problema o a conductas de escape y Evitativo Cognitivo, que agrupa a todas aquellas estrategias con un marcado predominio cognitivo o emocional destinadas a no enfrentar el problema, evitativas o de escape.

La Escala finalmente queda compuesta por 20 estrategias de afrontamiento agrupada en los cuatro estilos ya descritos. Dada la desigualdad en el número de estrategias en cada estilo y con el fin de poder obtener las puntuaciones para cada uno de estos, en cada estilo se obtienen las puntuaciones a partir de los pesos factoriales mediante el método de regresión, transformándose en puntuaciones *z* utilizando la media y la desviación típica del grupo total de no crónicos. La consistencia interna evaluada a través del estadístico alfa de cronbach para cada una de las dimensiones es de .83 (activo conductual), .70 (activo cognitivo) y .57 (evitativo cognitivo y conductual).

Procedimientos

Las encuestas fueron realizadas en la ciudad de Barcelona en España y Antofagasta de Chile previa autorización de los comités de ética de la Fundación Jordi Gol i Gurina y de la Gerencia de Salud del Instituto Catalán de Salud, para la muestra española, y por el Departamento de Salud de la

Corporación Municipal de Desarrollo Social de la Municipalidad de Antofagasta, para la muestra chilena. Los participantes con condición de cronicidad fueron, para la ciudad de Barcelona, seleccionados de manera no probabilística e intencionada de entre los consultantes de los distintos centros del Servicio de Atención Primaria del Ensanche en el tiempo de espera de los participantes antes del control médico. Para la ciudad de Antofagasta, las evaluaciones fueron realizadas a personas en Consultorios de Atención Primaria en el tiempo de espera antes de su control médico o de enfermería y en grupos de adultos con patología crónica dependientes de los mismos consultorios.

Las personas no crónicas tanto de Chile como de España fueron encuestadas individualmente entre los acompañantes de los pacientes que acudían a Consultorio, de instituciones públicas y grupos organizados de adultos mayores, dada la dificultad de encontrar personas mayores de 60 años sin patología crónica. Para ambas muestras se preguntó a cada persona la posibilidad de participar voluntariamente en la investigación, explicándosele el objetivo de ésta. Cada encuestado tenía la posibilidad de llenar por sí mismo la encuesta y en los casos que se requiriese (por problemas visuales, por ejemplo), tuvieron la opción de responder a las preguntas del encuestador de forma verbal, con ayuda de tarjetas que contenían las distintas categorías de respuestas. El tiempo promedio de duración de la encuesta fue de 30 minutos. Cada entrevistador se aseguró de que las encuestas fuesen completadas en su totalidad, a fin de evitar datos perdidos. Cabe destacar que la escala fue trabajada previamente mediante la modalidad de grupo focal en 10 pacientes de Atención Primaria de la ciudad de Antofagasta, a fin de evaluar la comprensión de cada uno de los reactivos por esta población, no encontrándose dificultad en este sentido para ninguno de las preguntas del cuestionario.

Análisis Estadísticos

Primeramente se realiza un análisis descriptivo de las variables calidad de vida, tanto a nivel general como de cada uno de los dominios que la componen, así como de la variable estilos de Afrontamiento. Para evaluar las diferencias en la CV percibida entre la población crónica y no crónica y entre ambos países se utilizó el estadístico *U de Mann-Whitney*. Para evaluar las diferencias entre las medias observadas en los grupos (condición y país) en los estilos de afrontamiento se realizó un análisis de varianza para los estilos activos conductual y cognitivo y para el evitativo cognitivo, excluyéndose el estilo evitativo conductual, ya que no cumple la condición de aplicación de un ANOVA, utilizándose entonces para dicho análisis la prueba *t* de student para grupos independientes.

El análisis de la relación existente entre la calidad de vida general y los diversos estilos de afrontamiento se realizó a través del coeficiente de correlación rho de Spearman. Cabe

destacar que a pesar de poseer la escala de afrontamiento puntuaciones z , es posible realizar análisis de correlación con ella pues expresan de igual manera la mayor o menor presencia de cada estilo en una persona. El análisis de la relación estilos versus dominios de CV se realiza a través del coeficiente de correlación de Pearson dada las características de las variables.

Finalmente dada la hipótesis de que la relación entre las variables regresoras y la variable respuesta es lineal, se realiza un análisis de regresión paso a paso a fin de explorar el efecto de cada uno de los estilos agrupados según el método utilizado (activo/evitativo) en los diversos dominios de la CV.

Resultados

Participantes

El 54% de los participantes fueron mujeres (52% en crónicos y 56% en no crónicos), no observándose diferencias estadísticamente significativas entre el porcentaje de cada sexo y el país de origen ($\chi^2 = 2,80$, $p=0,94$) o entre crónicos y controles ($\chi^2 = 0,036$, $p=0,446$). La media de edad fue de $52,8 \pm 13,2$ años ($56,22 \pm 12,9$ Crónicos; $49,3 \pm 12,6$ no crónicos); no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en edad entre ambos países, sin embargo, si se observan diferencias entre las medias de edad de los grupos de crónicos y no crónicos (mayor media de edad en crónicos; $t=5,721$; $df=438$; $p<0,001$; $r=0,264$). Cabe destacar que la relación entre edad y calidad de vida no fue estadísticamente significativa para el análisis por país (Chile: $r=-0,098$, $p=.130$; España: $r=-0,069$, $p=.331$) y condición (Crónicos: $r=-0,029$, $p=.668$; Controles: $r=-0,074$, $p=.277$). Se encuentra que en la muestra chilena la edad no correlaciona con ningún estilo de afrontamiento, sin embargo, en la muestra española, correlaciona con los estilos activo conductual ($r=-0,323$; $p<0,001$; $r^2=0,104$), activo cognitivo ($r=-0,187$; $p=0,008$; $r^2=0,035$) y evitativo conductual ($r=-$

$0,241$; $p=0,001$; $r^2=0,058$), siendo todas estas relaciones de tipo inversa y con una medida del tamaño del efecto que indica una baja intensidad de la relación.

El tiempo promedio viviendo con la enfermedad fue de $8,5 \pm 8,94$ años. Con relación al tipo de patología, el mayor porcentaje correspondió a las cardiovasculares (43,6%) principalmente trastornos de tipo hipertensivo, seguida por las endocrinas (25,5%), fundamentalmente diabetes mellitus no insulino dependiente, músculo esqueléticas (17,7%) principalmente artritis y artrosis y bronco pulmonares (9,1%) cuya patología más prevalente fue el asma.

Calidad de Vida

Tal como se observa en la Tabla 1, tanto a nivel de la calidad de vida general, como por cada dominio evaluado, esta es mayor en las personas que no tienen una patología crónica por sobre los que si, y en la muestra española por sobre la chilena. Utilizando el estadístico U de Mann-Whitney se observa que estas diferencias son estadísticamente significativas para crónicos versus no crónicos ($z=3,653$; $p<0,001$) y entre la muestra chilena y española ($z=6,490$; $p<0,001$).

Estilos de Afrontamiento

Tal como se puede apreciar en la tabla 2 en la población crónica predomina la utilización de un estilo evitativo cognitivo, mientras que en la muestra control es el estilo evitativo conductual, para el caso de Chile y de un estilo activo conductual para la muestra española.

Al realizar un análisis de varianza para evaluar si las diferencias observadas entre las medias de los diversos grupos (condición y país) son estadísticamente significativas. Por países se observa diferencia entre el estilo activo conductual y el estilo activo cognitivo, siendo las medias de la muestra española en estos estilos significativamente mayores que las de la muestra chilena. ($F=6,708$; $df=1,434$; $p=0,010$ para el estilo activo conductual y $F=9,144$; $df=1,434$; $p=0,003$ para el estilo activo cognitivo). La medida del tamaño

Tabla 1.
Rango Promedio Calidad de Vida y Medias Dominios de Calidad de Vida

| | n | Calidad de Vida General | | Dominio | | | | | | |
|--------------------|-----|-------------------------|--------|---------|-------------|-----|--------|-----|-----------|-----|
| | | Rango promedio | Físico | | Psicológico | | Social | | Ambiental | |
| | | | media | SD | media | SD | media | SD | media | SD |
| Crónicos Chile | 120 | 90,95 | 12,25 | 2,2 | 13,23 | 2,3 | 12,31 | 2,9 | 12,89 | 2,0 |
| Crónicos España | 100 | 133,96 | 14,1 | 2,2 | 14,39 | 2,5 | 13,92 | 3,2 | 14,7 | 2,3 |
| No crónicos Chile | 120 | 96,73 | 13,85 | 1,9 | 14,4 | 2,0 | 14,1 | 2,3 | 13,66 | 1,7 |
| No crónicos España | 100 | 127,02 | 15,41 | 2,2 | 14,5 | 2,1 | 14,73 | 2,2 | 14,57 | 1,9 |
| Total Crónicos | 220 | 200,17 | 13,09 | 2,4 | 13,75 | 2,5 | 13,04 | 3,1 | 13,71 | 2,3 |
| Total No crónicos | 220 | 240,83 | 14,55 | 2,2 | 14,45 | 2,0 | 14,39 | 2,2 | 14,07 | 1,9 |

Notas: n= número de participantes; SD = desviación típica

Tabla 2.
Medias Estilos de Afrontamiento en Puntuaciones Z

| | n | Activo | | | | Evitativo | | | |
|--------------------|-----|------------|------|-----------|------|------------|------|-----------|------|
| | | Conductual | | Cognitivo | | Conductual | | Cognitivo | |
| | | media | SD | Media | SD | media | SD | media | SD |
| Crónicos Chile | 120 | -0,10 | 0,99 | -0,12 | 1,09 | 0,19 | 1,24 | 0,20 | 1,03 |
| Crónicos España | 100 | -0,16 | 0,95 | -0,003 | 0,90 | -0,38 | 0,65 | -0,07 | 1,12 |
| No crónicos Chile | 120 | -0,24 | 0,95 | -0,20 | 1,02 | 0,10 | 1,17 | 0,01 | 0,93 |
| No crónicos España | 100 | 0,29 | 0,97 | 0,25 | 0,90 | -0,12 | 0,72 | -0,01 | 1,07 |
| Total Crónicos | 220 | -0,13 | 0,97 | -0,06 | 1,00 | -0,06 | 1,05 | 0,08 | 1,08 |
| Total No crónicos | 220 | 0,00 | 1 | 0,00 | 1 | 0,00 | 1 | 0,00 | 1 |

Nota: SD = desviación típica; n = tamaño de la muestra.

Tabla 4.
ANOVA Medias Estilos de Afrontamiento entre Condición y País

| Variable | grupos | n | media | fV | F | df | p | η^2 |
|---------------------|-----------------|-----|--------|---------------|--------|-------|-------|----------|
| Activo conductual | Chile crónicos | 120 | -0,10 | País | 6,708 | 1,434 | 0,010 | 0,015 |
| | España crónicos | 100 | -0,16 | Motivo | 3,047 | 1,434 | 0,082 | |
| | Chile Control | 120 | -0,24 | País y Motivo | 10,271 | 1,434 | 0,001 | 0,023 |
| | España Control | 98 | 0,29 | | | | | |
| Activo cognitivo | Chile Crónicos | 120 | -0,12 | País | 9,144 | 1,434 | 0,003 | 0,021 |
| | España Crónicos | 100 | -0,003 | Motivo | 0,819 | 1,434 | 0,366 | |
| | Chile Control | 120 | -0,20 | País y Motivo | 3,093 | 1,434 | 0,079 | |
| | España Control | 98 | 0,25 | | | | | |
| Evitativo cognitivo | Chile Crónicos | 120 | 0,20 | País | 2,332 | 1,434 | 0,127 | |
| | España crónicos | 100 | -0,07 | Motivo | 0,494 | 1,434 | 0,482 | |
| | Chile Control | 120 | 0,01 | País y Motivo | 1,616 | 1,434 | 0,204 | |
| | España Control | 98 | -0,01 | | | | | |

Nota: n: tamaño de la muestra; F: valor del estadístico; df: grados de libertad; p: nivel de significación; η^2 : medida de tamaño del efecto; fV = Fuente de Variación.

Tabla 5.
Prueba T para Diferencias entre Medias de Estilos de Afrontamiento entre Condición y País para Estilo Evitativo Conductual

| Grupo | media | SD | t | df | p | η^2 |
|----------|-------|------|-------|-----|--------|----------|
| Crónicos | -0,06 | 1,05 | 0,711 | 436 | 0,477 | |
| Control | 0,00 | 1,00 | | | | |
| Chile | 0,14 | 1,20 | 4,418 | 436 | <0,001 | 0,207 |
| España | -0,25 | 0,70 | | | | |

Nota: SD: desviación típica, t: valor del estadístico t de Student de grupos independientes, df: grados de libertad; p: nivel de significación; η^2 : valor del tamaño del efecto

del efecto es baja para ambas comparaciones (0,015 y 0,021 para activo conductual y activo cognitivo respectivamente). Al evaluar por condición, no se observan diferencias entre la población de crónicos y en la de control para ninguno de estos tres estilos evaluados.

En el estilo de afrontamiento evitativo conductual, analizado a través de la prueba t de student (Tabla 5), se encuentra diferencias significativas entre los países siendo baja la medida del tamaño del efecto (media mayor en la muestra chilena que en la muestra española; $t=4,418$; $df=436$; $p<0,001$; $r=0,207$

Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento

Tal como se aprecia en la Tabla 6, se observan diferencias cuando se estratifica el análisis por país, ya que en la muestra chilena sólo correlacionan con calidad de vida los estilos conductuales, tanto activo ($r=0,166$; $p=0,010$; $r^2=0,028$), de manera directa y con una baja intensidad, como el evitativo ($r=-0,319$; $p<0,001$; $r^2=0,102$), de manera inversa y baja intensidad. A nivel de la muestra española, sólo correlacionan significativamente con la calidad de vida los estilos cognitivos, tanto el activo ($r=-0,244$; $p=0,001$; $r^2=0,060$) como el evitativo ($r=-0,172$; $p=0,029$; $r^2=0,030$). En

ambos, la relación es de tipo inversa y con una medida del tamaño del efecto que indica una baja intensidad de la relación. Al analizar por condición, se observa que a nivel de la muestra de crónicos, correlacionan con la calidad de vida general de manera inversa y con baja intensidad los estilos activo cognitivo ($r=-0,149$; $p=0,027$; $r^2=0,022$), evitativo conductual ($r=-0,361$; $p<0,001$; $r^2=0,130$) y evitativo cognitivo ($r=-0,147$; $p=0,029$; $r^2=0,022$). A nivel de la muestra de controles, correlacionan significativamente con la calidad de vida general la estrategias conductuales tanto la activa ($r=0,215$; $p=0,001$; $r^2=0,046$) de manera directa y con baja intensidad, como la evitativa ($r=-0,152$; $p=0,025$; $r^2=0,023$) de manera inversa y con baja intensidad.

Al analizar los grupos según condición por país, se observa que en el caso de Chile, tanto en la muestra de crónicos como la de control se correlacionan con calidad de vida los estilos conductuales, de manera directa el estilo activo conductual (crónicos Chile: $r=0,186$; $p=0,042$; $r^2=0,035$ – control Chile: $r=0,216$; $p=0,018$; $r^2=0,047$) y de manera inversa el evitativo conductual (crónicos Chile: $r=-0,377$; $p<0,001$; $r^2=0,142$ – control Chile: $r=-0,256$; $p=0,005$; $r^2=0,066$). En todos estos la medida del tamaño del efecto indica una baja intensidad de la relación.

Al considerar solo la muestra española, se mantiene la relación existente a nivel general entre la calidad de vida y el estilo activo cognitivo, tanto para crónicos como para con-

troles, siendo esta de tipo inversa y de baja intensidad (crónicos España: $r=-0,298$; $p<0,003$; $r^2=0,089$ – control España: $r=-0,211$; $p=0,037$; $r^2=0,045$). Deja de ser significativa la relación entre calidad de vida y estilo evitativo cognitivo en la muestra de controles, pero se mantiene en la muestra de crónicos, siendo de igual manera inversa y baja intensidad (crónicos España: $r=-0,223$; $p<0,026$; $r^2=0,050$).

Al evaluar la relación existente entre calidad de vida, medida a través del indicador general de evaluación CV1 y el estilo de afrontamiento, a través del coeficiente de correlación Rho de Spearman, encontramos que la relación con ambos estilos es estadísticamente significativa, baja y directa en el caso del afrontamiento activo y baja pero inversa, en el caso del afrontamiento evitativo, tal como se observa en la Tabla 7.

Tal como se observa en la siguiente Tabla 8, se encuentra relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento evitativo y los dominios físico, psicológico y ambiental, no así en el social.

Realizando un análisis de regresión paso a paso considerando como predictores el estilo de afrontamiento activo y evitativo y como variable criterio cada uno de los dominios, se encuentra que para la dimensión social ningún estilo es significativo, en tanto que en los otros tres, resulta estadísticamente significativo el estilo evitativo, explicándose la mayor variabilidad para el dominio ambiental. En la Tabla 9 se muestra un resumen del análisis realizado.

Tabla 6.
Correlación Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento, según País y Condición

| | n | CVG* Activo | | | | CVG* Evitativo | | | | | | | | |
|-----------|-----|-------------|----------------|-----------|-------|----------------|------|----------------|-------|--------|----------------|-------|------|------|
| | | Conductual | | Cognitivo | | Conductual | | Cognitivo | | | | | | |
| | r | p | r ² | r | P | r | p | r ² | r | P | r ² | | | |
| Chile | 220 | ,166 | ,010 | ,028 | -,109 | ,093 | | | -,319 | <0,001 | ,102 | -,057 | ,377 | |
| España | 198 | ,096 | ,177 | | -,244 | ,001 | ,060 | | -,053 | ,453 | | -,172 | ,015 | ,030 |
| Crónicos | 220 | ,126 | ,063 | | -,149 | ,027 | ,022 | | -,361 | <0,001 | ,130 | -,147 | ,029 | ,022 |
| Controles | 218 | ,215 | ,001 | ,046 | -,048 | ,484 | | | -,152 | ,025 | ,023 | -,095 | ,163 | |
| CRCL | 120 | ,186 | ,042 | ,035 | -,124 | ,176 | | | -,377 | <0,001 | ,142 | ,001 | ,990 | |
| COCL | 120 | ,216 | ,018 | ,047 | -,072 | ,437 | | | -,256 | ,005 | ,066 | -,058 | ,527 | |
| CR ES | 100 | ,086 | ,393 | | -,298 | ,003 | ,089 | | -,171 | ,089 | | -,223 | ,026 | ,050 |
| CO ES | 98 | ,048 | ,641 | | -,211 | ,037 | ,045 | | ,016 | ,875 | | -,122 | ,232 | |

Nota: n: tamaño de la muestra; r: coeficiente de correlación rho de Spearman; p: nivel de significación; r²: medida del tamaño del efecto; CVG: Calidad de Vida general; CR: Crónicos; CO: Control; CL: Chile; ES: España.

Tabla 7.
Correlación Calidad de Vida (CV1) y Estilos de Afrontamiento

| | CV1 |
|-------------------------|--|
| Afrontamiento activo | Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) |
| | ,319 ,013 |
| Afrontamiento evitativo | Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) |
| | -,387 ,002 |

Nota: CV1: Indicador de evaluación global de Calidad de Vida (pregunta 1 cuestionario WHOQoL-Bref)

Tabla 8.
Correlación de Pearson - Estilos de Afrontamiento y Dominios de Calidad de Vida (*p*)

| Dominio | Afrontamiento | |
|-------------|---------------|------------------|
| | activo | evitativo |
| Físico | 0,1047 (0,43) | -0,3917(0,0019) |
| Psicológico | 0,2085 (0,11) | -0,4180(0,00088) |
| Social | 0,1360(0,30) | -0,2261(0,0822) |
| Ambiental | 0,1867(0,15) | -0,4691(0,0001) |

Tabla 9.
Análisis de Regresión Estilos de Afrontamiento y Dominios de Calidad de Vida

| Dominio | <i>f</i> | <i>df</i> | <i>p</i> | Ecuación regresión | <i>r</i> ² |
|-------------|----------|-----------|----------|--------------------|-----------------------|
| Físico | 10,51 | 1,58 | 0,002 | $y=17,789-0,087*x$ | 0,154 |
| Psicológico | 12,28 | 1,58 | 0,001 | $y=18,691-0,098*x$ | 0,175 |
| Ambiental | 16,36 | 1,58 | 0,001 | $y=19,045-0,107*x$ | 0,22 |

Discusión

Con relación al nivel de calidad de vida (CV) percibida, tanto a nivel de los enfermos crónicos como de los controles sanos, esta es calificada mayoritariamente como de "normalidad". Cabe destacar que el uso de concepto de "lo normal" escapa completamente al marco de referencia psicopatológico u otro con el que pudiésemos asociarlo, siendo simplemente una de las categorías de respuesta propuestas por la OMS con relación a la CV general, asimilando el término "normal" al de "promedio", "ni buena ni mala", "como todos", es decir, "igual que el resto de las personas".

Esta tendencia a "autonormalizarse" pareciera ser frecuente en evaluaciones generales de CV o de otras formas generales de evaluación de bienestar, en donde las personas tienden a situarse en un punto medio (o medio/alto) con relación a los que le rodean posiblemente debido al proceso de adaptación, ya que a medida que las personas aceptan su enfermedad y se adhieren a los tratamientos indicados tienen la posibilidad de llevar una vida más o menos normal, lo que implicará a su vez una categorización en este rango, siendo, tal como lo plantea Kempen (Kempen, Jellicic, & Ormel, 1997), la capacidad de incorporar estrategias adaptativas las que van a moderar la relación entre condición crónica y CV. La búsqueda permanente del equilibrio o a mantener un cierto nivel de bienestar es también un argumento utilizado para explicar el porqué de la alta frecuencia del rango de "normalidad" en las evaluaciones de CV (Cummins, 2000), así como el efecto que pudiese tener la comparación con el grupo de referencia de cada persona.

Sin embargo, pese a que tanto los enfermos crónicos como sus pares controles se autocategorizan mayoritariamente en esta categoría, es significativa la diferencia entre los rangos promedios de ambos grupos, teniendo los controles una mejor evaluación de su CV que los crónicos evaluados. En este senti-

do, este hallazgo corrobora lo encontrado por Kempen et al. (1997), quien también reporta diferencias entre población crónica y no crónica, en contraposición a Cassileth (1984, en Kempen et al., 1997) quien sugiere que la presencia de una patología crónica no implica cambios en la evaluación de la CV.

En cuanto a las personas que se autoevalúan como viviendo con una menor CV (15,9% de los crónicos y un 3,2 % de los controles), esto podría explicarse por la presencia de la enfermedad, sin embargo, es probable que existan otras variables que pudiesen influir en la adaptación natural o la búsqueda natural de la homogeneidad, como la no aceptación de la enfermedad, el tiempo de evolución de la misma o las complicaciones derivadas de esta, como por ejemplo, el tipo de síntomas.

Como era de esperar los porcentajes difieren en la adscripción a la categoría de "muy mal" y "poco", encontrándose un mayor porcentaje de población con patología crónica que se autoevalúa en estas categorías, probablemente debido a la incidencia que la enfermedad tiene para el normal desarrollo de sus vidas diarias. Cabe destacar que el mayor porcentaje de personas que consideran su CV como mala se encuentra en la población de crónicos chilenos debido probablemente a la incidencia de otras variables en su apreciación que pueden estar relacionadas con los niveles de vida general (CV objetiva para algunos).

Se encuentra además que la CV en la muestra española es significativamente mayor que en la muestra chilena. Sin entrar en explicaciones acerca de la representación social o individual del concepto de CV de vida en ambos países, que pudiese ser un argumento que pudiese explicar dicho factor, es también factible de encontrar su razón de ser en condiciones objetivas de vida y que tienen que ver con el desarrollo económico y social de ambas sociedades. Barcelona es una ciudad perteneciente a una comunidad autónoma dependiente de un estado que en términos de indicadores de nivel de vida está por

sobre los indicadores de Chile. Las realidades económico - socio - político culturales son distintas, y pese a que la evaluación de CV evaluada es subjetiva, no se puede desconocer la influencia y el peso de estas diferencias en la evaluación global que una persona hace de su CV.

En síntesis, se encuentra que los crónicos tienen en términos generales una menor CV que las personas que no están afectadas por una enfermedad de este tipo, sin embargo, pese a esta diferencia, y dado los efectos de comparación u otros procesos cognitivos mediadores, el grupo de crónicos se percibe en su mayor porcentaje bajo el rango de "lo normal".

Arnold, Ranchor, Sanderman, Kempen, Ormel, y Suurmeijer (2004) plantean que diferencias en la CV en diferentes patologías puede deberse a que han sido afectado diversos dominios específicos y en diversas extensiones al interior de cada dominio, por ello, la contribución del dominio específico a la calidad de vida general puede diferir según la enfermedad. Según algunos autores, la condición de cronicidad de algunas patologías tiene un fuerte efecto negativo en el funcionamiento físico (Kempen et al., 1997,), otros ha encontrado diferencias a nivel de funcionamiento psicológico al comparar con poblaciones sanas (Stewart et al., 1989, en Arnold, 2004) y otros no han encontrado ninguna diferencia para la misma dimensión de funcionamiento psicológico (Cassileth et al., 1997, en Arnold et al., 2004). En este caso dado el tamaño de la muestra y el riesgo de aumentar el tamaño del error, no fue posible realizar un análisis de las dimensiones y estilos en cada grupo de patologías, quedando para investigaciones posteriores.

Es notoria además la influencia de los niveles de vida en la percepción de la calidad percibida, teniendo aquellas personas que viven en una sociedad con menores puntuaciones en los indicadores de desarrollo socio económico (desde un punto de vista occidental) una mayor percepción de CV. Esto sugiere que obviamente aquellos que evaluarán de peor manera su CV, son aquellos afectados por una condición de tipo crónica (en este caso la enfermedad) y que además pertenezcan a un país con menor nivel de desarrollo socioeconómico, corroborando la idea de que el concepto "CV" es un paraguas para cuya evaluación la persona incorpora diversos elementos de su contexto y no solamente uno específico como lo es el de la salud.

Con relación a los estilos de afrontamiento (EA), se observan diferencias solo a nivel de países, predominando en la muestra española un EA de tipo activo, tanto cognitivo como conductual, en tanto que a nivel de Chile predomina un EA de tipo evitativo conductual. A nuestro conocimiento no existen en la literatura revisada estudios que permitan comparar estos resultados con otros hallazgos para su discusión. En nuestra opinión, las diferencias reportadas tienen una componente claramente cultural que trasciende la esfera netamente psicológica, debiendo profundizarse en esta línea de trabajo y en el de cómo los marcos socioculturales y la socialización afectan el repertorio conductual elegido para afrontar un problema o la percepción de éste.

Sin pretender dar una explicación a este hecho, una posible línea de discusión pueden abrirse con relación a, por ejemplo, un pensamiento más inmediatista de la muestra chilena, ya que tal como lo plantean Suis y Fletcher (1986, en Boekaerts, 1996) la evitación es la respuesta más frecuente a demandas a corto plazo, siendo esto resultado de procesos históricos que permite que los españoles se sientan más seguros a largo plazo y por ende sus evaluaciones cognitivas también sean a largo plazo, a diferencia de la muestra chilena en que aun el peso de resolver el día a día tenga una mayor influencia en la elección de las estrategias de resolución de problemas.

Al considerar la condición de morbilidad, pese a que existe un mayor número de pacientes crónicos en los que prevalece un EA evitativo cognitivo, la diferencia con la muestra de controles no alcanza a ser estadísticamente significativa. Esto es, no existirían diferencias entre personas que viven con una patología crónica y las que no en cuanto a EA.

Cuando en esta investigación se ha estudiado la relación entre CV y EA, se observan diferencias transculturales. En la muestra chilena solo correlacionan con CV los estilos activo conductual (de manera directa) y evitativo conductual (de manera inversa), a diferencia de España en donde son los estilos cognitivos los que correlacionan con CV, tanto el activo cognitivo (de manera directa) como el evitativo cognitivo (de manera inversa). A saber, es la primera investigación donde se comparan los EA entre ambos países por lo que no es posible comparar y discutir estos resultados bajo la luz de investigaciones similares, abriéndose una futura línea de investigación al respecto.

Al analizar por condición de morbilidad, se encuentra que en los enfermos crónicos correlacionan de manera inversa los EA evitativos tanto conductual como cognitivo y, el EA activo cognitivo. Los hallazgos encontrados no permiten precisar la relación de un único tipo de EA vinculado específicamente a la CV en una patología crónica, puesto que ambos tipos, tanto activo como evitativo aparecen vinculados a la CV, aunque de manera inversa, influyendo por tanto aspectos por ejemplo de tipo sociocultural en esta relación.

Este hallazgo concuerda con trabajos anteriores, en donde otros investigadores han encontrado que ambos tipos de afrontamiento están relacionados simultáneamente con la CV (Burguess et al., 2000; Carroll, 1999; Coelho et al., 2003; Ritsner et al., 2003; Swindells et al., 1999).

Los resultados hallados al estratificar por país y condición parecieran sugerir que son los estilos evitativos los más vinculados a la CV (evitativo conductual en Chile y evitativo cognitivo en España), coincidiendo con algunos autores que han planteado que solamente el EA evitativo estaría ligado a la CV de manera inversa (Anie, et al., 2002; Bloom et al., Brown, King et al., 2000; Carter et al., 1993; Green, et al., 2002; Hendriks, 2000; Irwin & Brown, 1984; Lavery & Clarke, 1996, citados en Cousson-Gelie, 2000;

Manne et al., 1994; Wahl et al., 1999). Este hecho nos puede llevar a teorizar que no es tanto la presencia de un afrontamiento activo la que esta relacionada con una mejor CV, como lo mencionan algunos autores, sino la ausencia de un EA evitativo lo que redundaría en una mejor CV percibida.

Aun cuando los resultados arrojan luces sobre el objetivo general de la investigación que fue aportar datos sobre la relación entre la calidad de vida y los estilos de afrontamiento, surgen derivados de estos hallazgos nuevas preguntas de investigación que ameritan la ampliación de la investigación intentando superar las siguientes limitantes del presente estudio: el tamaño de la muestra no ha permitido realizar análisis estadísticos que permitiesen indagar en cómo se comportan las variables estudiadas en cada una de las patologías, y si además estos posibles patrones son distintos a la de población en general.

El tipo de diseño de esta investigación, al ser transversal no permite evaluar cambios en los estándares personales, lo cual abre también una línea de discusión en la profundización de la investigación. La posibilidad de que los estilos de afrontamiento y la calidad de vida estén mediados por otros factores de carácter psicológico, social y cultural hace necesario la inclusión en esta ampliación de la investigación de otros factores reportados en la literatura, tales como afectividad, autoestima, percepción de apoyo social, apoyo social objetivo, satisfacción con la vida, locus de control, percepción de gravedad de la enfermedad, percepción de efectividad de la medicación y valores culturales, analizando cual es la relación que tienen estos factores en la CV y en los EA, además de si son o no moduladores de esta relación encontrada.

Es necesario además profundizar en la validez de escalas de uso común en las investigaciones que permitan comparar los resultados encontrados, tal como el WHOQoL - BREF lo que permitiría comparar distintas poblaciones con similares características a fin de profundizar la posible relación, asociación o rol modulador que pudiesen tener otras variables sobre la CV, sin embargo, es necesario complementar los estudios cuantitativos con metodologías que permitan reflejar las características socioculturales propias de cada país y la subjetividad de cada sujeto.

En términos generales, la incorporación de medidas de CV como un indicador de evaluación en las enfermedades crónicas permitiría ampliar no tan sólo la información tradicional clínico/fisiológica que se tiene de los pacientes, sino ampliarla a dominios que son de mayor relevancia para estos en su vida cotidiana. Este hecho, así como el saber que existen factores que influyen en la CV como lo es en este caso el EA, brindan herramientas de intervención en el campo de la CV, a través, por ejemplo, del desarrollo de programas de modificación de EA evitativos, lo cual redundaría en una mejor CV para las personas viviendo con enfermedades crónicas.

Referencias

- Anie, K., Steptoe, A., & Bevan, D. (2002). Sick cell disease: Pain, coping and quality of life in a study of adults in the UK. *British Journal of Health Psychology*, 7(3), 331-344.
- Arnold, R., Ranchor, A., Sanderman, R., Kempen, G., Ormel, J., & Suurmeijer, T. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of Life Research*, 13, 883-896.
- Boekaerts, M. (1996). Coping with stress in childhood and adolescence. In M. Zeidner, & N. Endler (Eds), *Handbook of coping* (pp. 452-484). New York: Wiley.
- Brown, J., Brown, R., Miller, R., Dunn, S., King, M., Coates, A., & Butow, P. (2000). Coping with metastatic melanoma: The last year of life. *Psycho-Oncology*, 9(4), 283-292.
- Brown, J., King, M., Butow, P., Dunn, S., & Coates, A. (2000). Patterns over time in quality of life, coping and psychological adjustment in late stage melanoma patients: An application of multilevel models. *Quality of Life Research*, 9(1), 75-85.
- Burgess, E., & Haaga, D. (1998). Appraisals, coping responses, and attributions as predictors of individual differences in negative emotions among pediatric cancer patients. *Cognitive Therapy Research*, 22, 457-473.
- Burgess, A., Carretero, M., Elkington, A., Pasqual-Marsettin, E., Lobaccaro, C., & Catalan, J. (2000). The role of personality, coping style and social support in health-related quality of life in HIV infection. *Quality of Life Research*, 9(4), 423-437.
- Carroll, A. (1999). The relationship between control beliefs, coping strategies, time since injury and quality of life among persons with spinal cord injuries (abstract). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(6-B), 2934
- Cousson-Gelie, F. (2000). Breast cancer, coping and quality of life: A semi-prospective study. *European Review of Applied Psychology*, 50(3), 315-320.
- Coelho, R., Amorim, I., & Prata, J. (2003). Coping styles and quality of life in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 44(4), 312-318.
- Croyle, K., Troester, A., Fields, J., Straits-Troester, K., Lyons, K., & Pahwa, R. (2003). Presurgical coping, depression, and quality of life in persons with Parkinson's disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10(2), 101-107.
- Cummins, R.A. (2000). Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72.
- de-Ridder, D., Schreurs, K., & Bensing, J. (1998). Adaptive tasks, coping and quality of life of chronically ill patients: The cases of Parkinson's disease and chronic fatigue syndrome. *Journal of Health Psychology*, 3(1), 87-101.
- Echteld, M., van Elderen, T., van der Kamp, L., (2001) How goal disturbance, coping and chest pain relate to quality of life: A study among patients waiting for PTCA. *Quality of Life Research*, 10, 487-501.
- Fernández-Abascal, G., Palmero, F., Chóliz, M., & Martínez, F. (Eds.). (1997). *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
- Frazier, L. (2000) Coping with disease-related stressors in Parkinson's disease. *Gerontologist*, 40(1), 53-63.
- Green, H., Pakenham, K., Headley, B., & Gardiner, R. (2002) Coping and health-related quality of life in men with prostate cancer randomly assigned to hormonal medication or close monitoring. *PsychoOncology*, 11(5), 401-414.
- Gunzerath, L., Connelly, B., Albert, P., & Knebel, A. (2001) Relationship of personality traits and coping strategies to quality of life in patients with alpha-1 antitrypsin deficiency. *Psychology, Health and Medicine*, 6(3), 335-341.

- Hendriks, M., van-Olffen, S., & Vingerhoets, J. (2000). The influence of illness perceptions and coping on the quality of life of reflex sympathetic dystrophy patients (abstract). *Gedrag and Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie and Gezondheid*, 28(5), 259-271.
- Hyland, M., (1992). A reformulation of quality of life for medical science. *Quality of Life Research*, 1, 267-272.
- Kempen, G., Jelcic, M., & Ormel, J., (1997). Personality, chronic medical morbidity, and health related quality of life among older persons. *Health Psychology*, 16(6), 539-546.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion & adaptation*. Oxford: Oxford University Press.
- Lucas C., R. (1998). *Versión Española del WHOQOL*. División de Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Ergon.
- Michalos, A., Zumbo, B., & Hubley, A. (2000). Health and the quality of life. *Social Indicators Research*, 51, 245-286.
- Osowiecki, D., & Compas, B. (1998). Psychological adjustment to cancer: control beliefs and coping in adult cancer patients. *Cognitive Therapy Research*, 22, 483-499.
- Penley, J. Tomaka, J., & Wiebe, J. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551-603.
- Ravindran, A., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., & Anisman, H. (2002). Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: A conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders*, 71(1/3), 121-130.
- Ritsner, M., Ben-Avi, A., Ponizovsky, A., Timinsky, I., Bistrov, E., & Modai, I. (2003). Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Quality of Life Research*, 12, 1-9.
- Rudnick, A. (2001). The impact of coping on the relation between symptoms and quality of life in schizophrenia. *Psychiatry*, 64(4), 304-308.
- Savelkoul, M., Ritzen, W., & Konings, G. (2002). Social support and rheumatic diseases: A coping intervention for groups of patients (abstract). *Gedrag and Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie and Gezondheid*, 30(5), 351-357.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Swindells, S., Mohr, J., Justis, J., Berman, S., Squier, C., Wagener, M., & Singh, N. (1999). Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: Impact of social support, coping style and hopelessness. *International Journal of STD and AIDS*, 10(6), 383-391.
- Thiagarajan, K. (1998). Stress, social support, problem-solving coping, acceptance of diabetes and self-management as predictors of metabolic control and quality of life among adults with insulin-dependent diabetes mellitus (abstract). *Dissertation Abstracts International: Section-B: The Sciences and Engineering*, 59(6-B), 2688.
- Wahl, A., Hanestad, B., Wiklund, I., & Moum, T. (1999). Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Quality of Life Research*, 8(5), 427-433.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Robertson, B., Bliss, J., & Tumore, R. (1991). Relationship between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.

Received 20/12/2006
Accepted 16/07/2007