

## Comparación social y variables psicosociales relacionadas: una revisión de cáncer y dolor crónico

María del Carmen Terol\*, María del Carmen Neipp, Ana Lledó-Boyer,  
Nieves Pons y Miguel Bernabé

Universidad Miguel Hernández de Elche (España)

**Resumen:** El concepto de comparación social ha despertado gran interés en la investigación que lo evalúan con el estado de salud. El presente trabajo tiene como objetivo revisar el constructo de comparación social en enfermos oncológicos y de dolor crónico y estudiar la relación de la comparación social con otras variables psicosociales y resultados adaptativos. Para ello se consultaron las bases de datos *Medline* y *PsycInfo* y se obtuvieron un total de 69 trabajos para enfermos oncológicos y 22 para pacientes con enfermedad crónica. Para la revisión del constructo, se seleccionaron un total de 20 estudios empíricos en enfermos oncológicos y 9 en enfermos crónicos. Entre los principales resultados de la revisión realizada, estos muestran que la mayoría de los trabajos han utilizado herramienta elaborada *ad hoc*, dificultando la replicación de los resultados. Además, no todos los trabajos consultados incluyen las dos dimensiones de la comparación social (orientación e interpretación) para analizar adecuadamente la influencia de la comparación social. Las implicaciones teóricas son discutidas en el trabajo.

**Palabras clave:** comparación social; psicosocial; cáncer; dolor crónico.

**Title:** Social Comparison and related psychosocial variables: a review of cancer and chronic pain.

**Abstract:** The concept of social comparison has aroused great interest in the research that evaluated the health state. The aims of this paper are to review the construct of social comparison in cancer patients and chronic pain and to study the relationship of social comparison with other psychosocial variables and adaptive outcomes. It was consulted databases *Medline* and *PsycInfo* and obtained a total of 69 report for cancer patients and 20 for patients with chronic disease. To the construct review, we selected a total of 22 empirical studies in cancer patients and 9 studies to chronic disease. The results of the review showed that most studies have used *ad hoc* developed tool. This is an obstacle to results replication. Moreover, not all the papers consulted include the two dimensions of social comparison (orientation and interpretation) to properly analyze the influence of social comparison. The theoretical implications are discussed at paper.

**Key words:** social comparison; psychosocial; cancer; chronic pain.

### Introducción

El concepto de comparación social (CS) y su influencia en los resultados de salud y en la adaptación de los pacientes crónicos, ha despertado un interés creciente en la investigación, y así se refleja en el mayor número de estudios que lo evalúan relacionándolo con el estado de salud (Buunk y Gibbons, 1997; Taylor y Lobel, 1989; Wills, 1997; Suls y Wheeler, 2000). De un modo sencillo, podríamos decir que evaluar un problema de salud como “amenaza” percibida produce incertidumbre, y ésta aumenta la necesidad de información y, por lo tanto, el deseo de comparación. Este proceso, según el tipo de comparación que se realice, podría tener fines más o menos adaptativos (Gibbons y Buunk, 1999; Taylor, Buunk y Aspinwall, 1990). Por ejemplo, en algunos trabajos de pacientes que sufren serias enfermedades, tal como el cáncer o lesiones en la columna vertebral, éstos muestran cómo son capaces de mantener una sensación de bienestar comparable a la de otras personas que no están en esa situación (Buunk, Zurriaga, González, Terol y López-Roig, 2006). Aunque, la mayor o menor eficacia para afrontar y adaptarse a la situación de enfermedad, depende, entre otros, de las características particulares del problema de salud y de los eventos estresantes asociados, así como de los recursos disponibles. De este modo, el estudio de la comparación social relacionado significativamente con la adaptación, debe ser analizado según características particulares de la patología en la que se generan los diferentes procesos de

comparación y efectos sobre la salud (Gibbons y Gerrard, 1991).

### El constructo de Comparación Social

El efecto de la Comparación Social (CS) en los resultados de adaptación en salud se plantea desde tres *direcciones*: **comparación lateral**, cuando la persona se compara con otros iguales o similares; **comparación ascendente**, cuando lo hace con personas que considera en mejor situación y la **comparación descendente**, cuando se fija en personas que considera en peor estado (Festinger, 1954; Buunk y Gibbons, 1997). De modo que, la dirección de la comparación produce diferentes efectos sobre el estado emocional. La *comparación lateral* reduce la ansiedad y el sentimiento de anormalidad o unicidad (Buunk y Gibbons, 1997), la *comparación ascendente* provoca sentimientos negativos y de frustración (Wills, 1981) y la *comparación descendente* produce sentimientos positivos, permite sentirse mejor con uno mismo y/o produce una sensación de alivio (Wills, 1981). Aunque estos resultados iniciales de la comparación, bien positivos o negativos, implican una mayor complejidad según la *interpretación* (**identificación** o **contraste**) que realiza el paciente con el modelo de comparación (Buunk y Ybema, 1995). Estos autores (1995) definen la **identificación** como el otro similar o como el “individuo posible” en el que el paciente puede convertirse, ejemplo del funcionamiento futuro. En el **contraste**, definen al otro como punto de referencia que les diferencia, y les permite evaluar su funcionamiento actual. En general, respecto de la identificación se considera que las personas evitan las comparaciones descendentes y prefieren las ascendentes, pues no agrada verse similar a otros que están peor (**comparación descendente de identificación**)

\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: M. Carmen Terol Cantero. Dpto. de Psicología de la Salud. Campus de San Juan. Universidad Miguel Hernández de Elche. 03550 San Juan (Alicante, España). E-mail: [macarmen@umh.es](mailto:macarmen@umh.es)

y alivia verse similar a otros mejores (**comparación ascendente de identificación**). Aún así, Buunk e Ybema (1997) proponen considerar las cuatro combinaciones posibles de *dirección e interpretación* de la comparación social. Las dos primeras se refieren a las comparaciones **descendentes o ascendentes de contraste** donde los individuos, en general, se fijan en “otros” que perciben diferentes, generándose resultados positivos de alivio en el caso de que el “otro” se perciba en peor situación (descendente); y resultados negativos de frustración o envidia en el caso de percibir al “otro” en mejor situación (**ascendente**). En las otras dos dimensiones de las comparaciones sociales **ascendentes o descendentes de identificación**, los individuos se fijan en “otros” que perciben “similares” o como posibles modelos de funcionamiento futuro, generándose sentimientos negativos de miedo y angustia al percibir al “otro” en peor situación (descendente), o sentimientos positivos de motivación, optimismo y esperanza en el caso de percibirlo en una situación más favorable (ascendente).

### La Comparación Social en pacientes crónicos.

Gibson y Gerard (1991), en el marco explicativo de los procesos de CS entienden que éste se enmarca entre las diferentes formas de afrontamiento utilizadas ante el padecimiento de una situación estresante como es la enfermedad crónica. Si para Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento se define desde los esfuerzos cognitivos y conductuales del paciente para manejar las demandas (externas y/o internas) de su enfermedad, Jensen, Turner, Romano y Karoly (1991) concretan que, entonces, los pacientes realizan “*un esfuerzo por sentirse comparativamente afortunados y de este modo, reducir o amortiguar el impacto de los estresores provocados por la enfermedad*”. Así, evaluar la propia situación de enfermedad comparándola con la de otros, se consideraría como una estrategia cognitiva de afrontamiento ante la enfermedad (Jensen et al., 1991). Como estrategia de afrontamiento **el contraste ascendente y la identificación descendente**, no reducen el problema ni cambian su significado amenazador, sino que, ambos mecanismos reflejan una tendencia pesimista en la interpretación sobre la situación de enfermedad. Tal pesimismo se asocia con estrategias de afrontamiento evitativas como la negación y distanciamiento. Así, para un paciente crónico la no identificación o el contraste con otro en mejor situación puede hacer que sienta impotencia y envidia, y su identificación con otro menos afortunado puede hacerle sentir amenaza por anticipar su propia situación de deterioro. Wills (1997) entiende que en esta identificación descendente, supone centrarse en el hecho de llegar a estar peor, y por ello, su comportamiento puede reflejar indefensión o desamparo ante la enfermedad. En el caso contrario, **la identificación ascendente y contraste descendente** son tendencias optimistas para centrarse en el lado positivo de las cosas, y diferentes estudios sugieren que se asocian con el uso de estrategias de afrontamiento activas (Wills 1997). Así, “otros” que se enfrentan mejor a su enfermedad con quienes

nos podemos identificar, nos dirigen en la solución de problemas. Mientras que en el contraste descendente los pacientes sienten alivio al percibir que no están tan mal. La utilidad de esta última estrategia de comparación (contraste descendente), podría cuestionarse al no aportar información para el afrontamiento de la situación (Wills, 1997). Sin embargo, Gibbons y Gerrard (1991) considera que este tipo de comparación es, fundamentalmente, una estrategia de afrontamiento emocional, relacionada con la búsqueda del apoyo social y la minimización de la amenaza percibida por la enfermedad. En este sentido, también Taylor y Lobel (1989) coinciden en precisar que la utilidad de esta estrategia reside en su eficacia para reducir el impacto y regular emociones.

Una de las situaciones de enfermedad en la que el estudio de la CS es de especial importancia es la enfermedad oncológica, pues en ella las estrategias de CS pueden actuar reduciendo la percepción de amenaza a la vida, mejorando el bienestar psicológico y el afrontamiento de los acontecimientos estresantes de la enfermedad (diagnóstico, cirugía, tratamiento, toxicidad, etc.). Así, sería deseable que los pacientes utilizaran comparaciones ascendentes con mayor posibilidad de identificación y descendentes si permiten el contraste, para así, facilitar el ajuste emocional y adaptativo. También en la investigación con pacientes crónicos, como en el caso del dolor crónico, se introduce un nuevo tipo de comparación basada en la capacidad actual que se tiene comparada con la que ellos mismos tenían en el pasado. A este proceso se le viene designando como **comparación temporal** (basada en su propia historia personal). Este concepto se ha llegado a contraponer al de comparación social, pues ésta lo que subraya es el compararse con otros, no con sí mismo. Pero, en enfermos con dolor crónico de larga duración, parece que la comparación con la propia experiencia les resulta más fiable y proporciona más información que la comparación social (Affleck, Tennen, Urrows, Higgins y Abeles, 2001). Además, se plantea que en el transcurso del tiempo, la comparación pueda cambiar de los “otros” a uno mismo, y que esta última se relacione con mejores resultados de salud (Tennen y Affleck, 1997). En concreto, si en la **comparación temporal** la persona se percibe mejor que antes, es decir, se compara con una situación previa en la que se sentía peor, entonces se considera una comparación descendente. Se plantea que este tipo de comparación tendrá un efecto más a largo plazo, y se relacionará con resultados más adaptativos que la social descendente. En cualquier caso ambas (temporal y social) descendentes serán más prevalentes que las ascendentes, al menos, en pacientes con dolor crónico (Tennen y Affleck, 1997). De este modo, se considera que desde el marco de afrontamiento y los resultados en salud y bienestar, los procesos de CS son actualmente un importante campo de investigación. Por esta razón, nuestros objetivos en este trabajo han sido 1) revisar el constructo de comparación social en enfermos oncológicos y de dolor crónico identificando tipos y frecuencia de la comparación social, así como, la forma de evaluación de las mismas y; 2)

estudiar la relación de la CS con otras variables psicosociales y resultados de salud adaptativos.

## Método

Revisamos el constructo de CS en enfermos con cáncer y dolor crónico realizando la búsqueda bibliográfica en las bases de datos *Medline*, *PsycInfo*. El criterio para la selección de descriptores y el periodo de búsqueda tuvo como objetivo acceder a los trabajos empíricos que evaluaban la CS ascendente, descendente y lateral con respecto a la enfermedad oncológica y dolor crónico). Incluimos desde las investigaciones realizadas en 1980 hasta 2011.

Como descriptores base se incluyeron las siguientes palabras clave: *social comparison*, *downward comparison*, *upward comparison*, *lateral comparison*. Además estos se combinaron con *neoplasm*, *oncology* y *cancer* o *fibromyalgia*, *rheuma*, *chronic pain*, *arthritis* y *osteoarthritis*. La estrategia de búsqueda se llevó a cabo combinando (*social comparison* or *downward comparison* or *upward comparison* or *lateral comparison*) and (*neoplas\*or oncology* or *cancer*) (*chronic pain\*or fibromyalgia*, *rheuma*, *arthritis* y *osteoarthritis*). En el caso de los pacientes oncológicos, obtuvimos un total de 78 trabajos, 18 de ellos aparecían tanto en *Medline* como en *PsyInfo*, y 42 se descartaron por los siguientes motivos: tesis doctorales americanas (*Dissertation Abstracts*) (n=10), capítulos de libro (n=12), artículos teóricos

(n=4), diferentes artículos que recogían información sobre la CS en población no oncológica (estudiantes, infantil, distrofia muscular, entre otros) (n=15). Finalmente, obtuvimos un total de 19 artículos empíricos que evalúan la CS en enfermos crónicos oncológicos. En el caso del dolor crónico o reumatológico obtuvimos un total de 15 trabajos. Uno de ellos estaba repetido en las bases utilizadas (n=1), otros eran capítulos de libros o artículos teóricos (n=2), y en tres se nombra el concepto de CS pero no lo usan como variable de estudio (n=3). Finalmente, obtuvimos 9 artículos empíricos de dolor crónico.

## Resultados

Todos los trabajos revisados utilizan un diseño transversal, excepto 6 estudios de la revisión con pacientes oncológicos que son longitudinales (Bogart y Helgeson, 2000; van der Zee, Buunk, Sanderman, Botke, y van den Bergh, 2000; Stiegelis, Hagedoom, Sanderman, Bennenbroek, Buunk, van den Berg, et al., 2004; Schulz y Schwarzer, 2004). Las muestras utilizadas en el caso de dolor crónico son mayoritariamente pacientes con de artritis, y en oncología tenían distinto diagnósticos (intestinal, laringe, ginecológico, etc.), aunque el de mama fue el más frecuente. El tamaño de las muestras en dolor crónico oscila entre 71 y 376, y en oncología entre 55 y 475 sujetos (Ver Tablas 1, 2).

**Tabla 1.** Comparación social y cáncer.

AUTORES	MUESTRA Y METODO	COMPARACIÓN SOCIAL	VARIABLES RESULTADO	RESULTADOS
Molleman, Pruyn y Knippenberg (1986)	N = 418 ≠ diagnósticos cáncer  <b>Transversal</b> <b>Análisis de varianza</b>	Necesidad CS Preferencia CS Preferencia expertos Consecuencias Afectivas CS	Incertidumbre  <b>STAI</b> Ansiedad Inaccesibilidad a expertos	(+) Preferencia expertos  (+) Necesidad CS (+) Necesidad CS
Buunk, et al. (1990)	N = 55 ≠ diagnósticos 329áncer  <b>Transversal</b> <b>Correlacional</b>	<b>Entrevista 4 ítems CS</b> CD CA	Control  <b>Rosenberg Self-Esteem</b> Autoestima  <b>Consecuencias afectiva CS:</b> Buena  Mala	(+) CA (-) CD  (+) CA (-) CD
Llewellyn et al. (1992)	N = 61 ≠ diagnósticos 329áncer <b>Longitudinal</b> <b>Regresión</b> T1 comienzo 3d T2 final tto.3 sem	<b>T1</b> -Construcción de guiones: -Individual -Estándar <b>En comparación con otros de su comunidad</b> <b>T2</b> -Asig, puntuaciones objetivas de CS	<b>T1.1</b> - Construcción de guiones en bienestar: -Individual Salud física, 4 dimensiones -Estándar 2- Asig, puntuaciones objetivas de salud. <b>T2</b> <b>POMS</b>	Estado salud → <b>predice</b> (+) Estado objet. Salud  Eval. subjet. Salud → <b>predice</b> (+) Estados objet. salud.  n.s.
Hagopian, Lowery, & Jacobsen (1994)	N = 195 Cáncer mama  <b>Transversal</b> <b>Correlacional</b>	<b>Entrevista ad hoc CS</b> CA CD Comparación vida antes cáncer	Adaptación a la enfermedad <b>GAIS</b> Ajuste global a la enfermedad  Escala Percepción Salud  Escala de impacto del evento	(+) CA  (+) CA (+) CA  (-) CA

AUTORES	MUESTRA Y METODO	COMPARACIÓN SOCIAL	VARIABLES RESULTADO	RESULTADOS
Van der Zee Buunk, DeRuiter (1996) (a)	N = 475 ≠ diagnósticos 330 cáncer Grupo Control 255 sanos  <b>Transversal Correlacional</b>	<b>Tres subescalas CS:</b> Necesidad de CS CD Evaluación relativa CS	<b>Rotterdam</b> Distress físico  <b>CES-D</b> Distress Psicológico  <b>SWLS</b> Bienestar Subjetivo	(-) Evaluación Relat.  (-) Evaluación Relat.  (+) Evaluación Relat.  n.s.
Van der Zee Buunk, Sanderman (1996) (b)	N = 475 ≠ diagnósticos cáncer  <b>Transversal Correlacional</b>	<b>Entrevista</b> Necesidad de CS Preferencia de la CS CD Evaluación relativa CS	<b>EPQ</b> Neuroticismo  Extraversión  Psicoticismo  Deseabilidad Social	(+) Necesidad CS (+) Preferencia CS  (-) Preferencia CS  (-) CD  (-) Necesidad CS (-) Evaluación relativa CS
Van der Zee, Buunk, Sanderman (1998) (a)	N = 100 Cáncer mama  <b>Transversal Regresión</b>	<b>Entrevista</b> CAI CDI Reacción afectiva positiva o negativa hacia CS	<b>EPQ</b> Neuroticismo  <b>CES-D</b> Depresión	(-) Reacción afectiva positiva (+) Reacción afectiva negativa (+) CDI (-) CAI  n.s.
Van der Zee et al., 1999	112 heterogéneos <b>Longitudinal, Regresión jerárquica</b>  T1: pre-tratamiento T2: post-tratamiento	<b>Escala de CS (ad hoc):</b> <b>CAI</b> <b>CAC</b> <b>CDI</b> <b>CDC</b>	Personalidad (FFPI): <i>Extraversión</i>  <i>Cordialidad</i> <i>Neuroticismo</i>  <i>Seguridad</i> <i>Autonomía/Intelecto</i> Bienestar Físico (RSCL) Depresión (CES-D) Incertidumbre (ad hoc) Creencias Control (MS)	+ CDI y CAI, *CAC + Bienestar Físico ns + CDI, + Depresión T2 + Incertidumbre T2 ns ns - CDI y Neurot + CDI y Neurot. + CDI y Neurot - CDI y Neurot
Van der Zee, Oldersma, Buunk y Bos, 1998 (b)	88 heterogéneos <b>Transversal, Correlación</b>	<b>Entrevistas:</b> Dirección CS: <i>CA</i> y <i>CD</i> Orientación CS (INCOM) Afecto durante entrevista	Personalidad (EPQ): <i>Neuroticismo</i>  Afecto General (EGA): <i>Afecto Positivo</i> <i>Afecto Negativo</i> Depresión (CES-D) Elección del tipo CS	ns Dirección CS + Orientación CS  + CA; - CD + CD; - CA + Orientación CS + CA
Stanton et al., 1999	94 cáncer de mama. Estadios I y II <b>Transversal, ANCOVA y MANOVA</b>	<b>Dirección CS (ad hoc):</b> <i>CA</i> y <i>CD</i>	Pronóstico (ad hoc) Ajuste (ad hoc) Afrontamiento (ad hoc) Afecto (PANAS): <i>Afecto positivo</i> <i>Afecto negativo</i> Deseo Afiliación (ad hoc): <i>Información</i> <i>Apoyo Emocional</i> <i>Amabilidad</i>	+ CD + CA; + CD   + CA + CA + CA + CA

AUTORES	MUESTRA Y METODO	COMPARACIÓN SOCIAL	VARIABLES RESULTADO	RESULTADOS
Van der Zee et al., 2000	112 heterogéneos <b>Longitudinal,</b> <b>Regresión jerárquica</b> T1: Línea base T2: 5 semanas T3: 3 meses	<b>Escala de CS (ad hoc):</b> <b>CAI</b> <b>CAC</b> <b>CDI</b> <b>CDC</b>	<b>CAI</b> <b>CDI</b> Afrontamiento (COPE): <i>Afrontamiento activo</i> <i>Apoyo Social</i> <i>Religión</i> <i>Reinterpretación Positiva</i> <i>Aceptación</i> <i>Refrenar afrontamiento</i> <i>Emociones</i> <i>Negación</i>	< T2 y T3 < T2 y T3 + CAI y CDC + CAI, CDC y CDI ns + CAI y CDC + CAI + CAC y CDI
Bogart et al., 2000	93 cáncder de mama. Estadíos I, II y III <b>Longitudinal,</b> <b>ANOVA, Correlación</b> T1: pre-tratamiento T2: post (8 semanas)	<b>Dirección CS:</b> <b>CA, CD, CL,</b> <b>Fuente de la CS:</b> <b>Cc, Cdes</b> <b>Valencia CS:</b> <b>Positiva</b> <b>Negativa</b>	Autoestima (SES) Imagen corporal (CARES+ ad hoc) Locus Control (MHLC) Control enfermedad (ad hoc) Incertidumbre (MUIS)	-CAC ; + CDC (T2) -CAC - CDI ; - CL + GE + CAC Cc
De-Wit et al., 2001	288 heterogéneos <b>Transversal,</b>	<b>Cognición Dolorosa (PCLE):</b> <i>Impacto dolor</i> <i>Comparación Social</i> <i>Expectativa Resultado</i> <i>Aquiescencia</i>	Experiencia Dolor (MPQ): <i>Sensorial</i> <i>Afectiva</i> <i>Evaluativa</i> Intensidad dolor (NRS) Calidad de Vida (EORTC): <i>Física</i> <i>Cognitiva</i> <i>Emocional</i> <i>Social</i> <i>Síntomas</i>	ns + CS + CS ns ns + CS ns ns
Stiegelis et al., 2004	209 heterogéneos <b>Longitudinal,</b> <b>Regresión</b> <b>Experimental</b> GC: 106; GE: 103 T1: pre-tratamiento T2: 2 semanas T3: post (3 meses)	<b>Entrevista telefónica. Folleto informativo (GE)</b> <b>CS (ad hoc):</b> <b>CA</b> <b>CD</b> <b>CL</b>	Creencias Control (MS) Incertidumbre (ad hoc) Distrés (V-POMS): <i>Depresión</i> <i>Cólera</i> <i>Fatiga</i> <i>Tensión</i> <i>Vigor</i>	< GE y GC + Distres, - CL y CA < GE < GE ns < GE ns
Bennenbroek et al., 2002	60 Expacientes heterogéneos <b>Transversal,</b> <b>MANOVA</b>	<b>Necesidad de CS</b> <b>Dirección CS:</b> <b>CA, CD</b> <b>Preferencia CS:</b> <b>Información o contacto</b> <b>AE o AF</b>	Incertidumbre (ad hoc) Depresión (CES-D) Control enfermedad (ad hoc) Percepción Enfermedad (RAND-36) Preferencia CS (ad hoc): Información Contacto AE AF	+ Necesidad CS + CA + Necesidad CS + CA Necesidad CS + CA + CD ns + CA
Schulz et al., 2004 (1)	108 cirugía por neo gastrointestinal y parejas <b>Longitudinal,</b> <b>Correlacional</b> T1:Pre-tratamiento T2: 2 días de tratamiento T3: post (5-7 días) T4: 1 mes T5: 6 meses	<b>CS (ad hoc)</b>	Apoyo Social (BSSS)	mujeres (estable) < hombres (- tiempo)

AUTORES	MUESTRA Y METODO	COMPARACIÓN SOCIAL	VARIABLES RESULTADO	RESULTADOS
Schulz et al., 2004 (2)	105 cirugía por neo gastrointestinal <b>Longitudinal, Correlacional</b> T1: Pre-tratamiento T2: 2 días de tratamiento T3: post (5-7 días) T4: 1 mes T5: 6 meses	<b>CS (ad hoc)</b> <b>Aceptación positiva (ad hoc)</b>	Autoeficacia (GSE) Apoyo Social (BSSS) Beneficios cáncer (BFS) Depresión (CES-D) Calidad vida (QOL-C30) Satisfacción Apoyo (ad hoc)	+ CS *recuperación ns aceptación
Bellizzi et al., (2006)	30 heterogéneos Análisis cualitativo	<b>Cs (ad hoc):</b> <b>CA</b> <b>CD</b> <b>CL</b>	Frecuencia de CS Resultados positivos Resultados negativos Personalidad (EPQ): <i>Neuroticismo</i>	Más frecuente CL Menos frecuente CD + CA + CD + Dirección CS
Buunk et al., (2009)	226 heterogéneos Análisis cualitativo	Audiocintas: Dirección CS		

**CS:** Comparación Social, **CA:** Comparación Ascendente, **CD:** Comparación Descendente, **CL:** Comparación Lateral, **CC:** Comparación de Contraste, **CI:** Comparación de Identificación, **CDC:** Comparación Descendente de Contraste, **CDI:** Comparación Descendente de Identificación, **CAC:** Comparación Ascendente de Contraste, **CAI:** Comparación Ascendente de Identificación.

(+) Relación Positiva, (-) Relación Negativa, (n.s.) relación no significativa

La revisión de los diferentes estudios se ha organizado en dos apartados, que corresponden con los objetivos de este trabajo. El primero de ellos, se centra en la evaluación del constructo de CS y tipos de instrumentos de medida utilizados, tanto en lo que respecta al formato como al tipo de CS evaluada. En el segundo apartado, se muestra la relación del constructo de CS con otras variables psicosociales y con resultados de salud.

### Revisión del constructo de comparación social y su evaluación

En primer lugar es importante señalar la alta heterogeneidad de medidas utilizadas para evaluar la CS, tanto en los estudios con muestras de dolor crónico como en oncológicos (Ver Tabla 1,2). En el caso del dolor crónico se han utilizado preguntas *ad hoc* (Blalock, McEvoy, y De Vellis, 1989; De Vellis, Holt, Renner, Blalock, Blanchard, et al., 1990; De Vellis, Blalock, Holt, Renner, Blanchard y Lou, 1991; Affleck et al., 2001; Neugebauer et al., 2003), entrevistas no estructuradas (Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fified y Rowe, 1987; Blalock, Afifi, McEvoy, Holt y De Vellis, 1990) y escalas o cuestionarios (Affleck, Tennen, Pfeiffer, y Fified, 1988; Heidrich, 1996). Respecto a los cuestionarios, resaltar que un caso no indican los ítems que componen el cuestionario ni los datos sobre fiabilidad y validez (Heidrich, 1996). Asimismo, en los trabajos con muestra oncológica también encontramos diversidad en los instrumentos para evaluar la CS, como entrevistas telefónicas con preguntas abiertas o cerradas, entrevistas personal, situaciones ficticias, medios de comunicación, artículos de prensa, grabaciones en audio y programas de ordenador en donde el paciente elige la situación con la que se siente más cercano (Bellizzi, Blank, y Oakes, 2006; Buunk, Collins, Taylor, van Yperen y Dakof, 1990; Stiegelis et al., 2004). También se han utilizado folletos en

los que el paciente informa de las comparaciones sociales reales a las que se somete o folletos informativos con historias de comparaciones sociales referentes a la enfermedad (Bogart et al., 2000; Stiegelis et al., 2004). Pero, además de estas formas de evaluación que acabamos de comentar, una mayoría de trabajos utilizan cuestionarios auto-administrados elaborados al efecto incluyendo diferentes dimensiones de la CS y (Ver Tablas 1,2).

Centrándonos ahora en las variables de CS utilizadas en la revisión de dolor crónico, podemos afirmar que predomina la evaluación respecto a la *dirección de la comparación* (Ver Tabla 2). La comparación temporal sólo ha sido evaluada en un estudio (Affleck et al., 2001) y en otros dos la comparación lateral (junto con la ascendente y la descendente) (Blalock et al., 1990; De Vellis et al., 1991). Algunos estudios se han centrado en ver los efectos de una única dirección: la descendente (Affleck et al., 1987; Affleck et al., 1988) o la ascendente (Neugebauer et al., 2003). La *interpretación* de identificación y contraste aparecen como variables únicamente en un estudio (Blalock et al., 1990), aunque en otro se hace referencia a ellas analizando si el paciente destaca las similitudes o las diferencias respecto de quién se compara (Heidrich, 1996).

Además de la *dirección* de la comparación y de la *interpretación* de identificación y contraste, también se ha evaluado el *contenido* de la comparación (respecto a qué me comparo). A las personas de estos estudios se les indicaba que se comparasen con otra persona respecto a la percepción de síntomas, la gravedad de la enfermedad, el estado físico, el ajuste, el estado de salud y el funcionamiento social (Affleck et al., 1987; Affleck et al., 1988; Blalock et al., 1989; Blalock et al., 1990; Heidrich, 1996). Además se ha valorado los sentimientos asociados a dicha comparación independientemente de valorar posteriormente su estado emocional como resultado de adaptación (Heidrich, 1996).



En el caso de la revisión en oncología, algunos trabajos evalúan variables como *la necesidad de CS*, utilizando ítems diseñados al efecto del tipo: “le interesa saber cómo está llevando su enfermedad en comparación con otros pacientes de cáncer” (Bennenbroek, Buunk, van der Zee, y Grol, 2002) (Ver Tabla 1). Otro aspecto de la CS que ha sido evaluado consiste en la elección de con quién se quiere comparar el paciente. Así, en el trabajo realizado por Buunk et al. Taylor, Collins, Van Yperen y Dakof (1990), se realiza un esfuerzo por unificar la terminología empleada hasta entonces; y subrayan que la elección de con quién quiere compararse el paciente queda definido por la *dirección* de la comparación (ascendente y descendente). Pero además, en este estudio demuestran que, independientemente de su dirección, tanto la comparación ascendente como la descendente puede producir sentimientos positivos y negativos. Posteriormente van der Zee, Oldersma, Bunnk y Bos (1998) utilizan una escala en la que proponen el concepto de *orientación* de la CS. Este nuevo término alude a una característica disposicional de personalidad, esto es, estar fuertemente orientado a evaluar el propio estado en relación con los otros, e informarse de cómo piensan, opinan y se comportan otros en circunstancias similares. En este sentido, en otro trabajo se diseña una escala de 12 ítems para evaluar la comparación ascendente y descendente, y se plantea que puede tener a su vez efectos emocionalmente negativos y positivos según se identifiquen o no con otras personas (Van der Zee, Buunk, Sanderman, Botke y van den Bergh, 1999).

Esta escala se presenta como una escala específica para utilizarla en situación de enfermedad. Cada medida de comparación tiene tres ítems con preguntas: un ejemplo de *comparación ascendente de identificación* sería “cuando veo que otras mujeres superan el cáncer, pienso que yo también puedo superarlo”; de *comparación ascendente de contraste* sería “cuando considero que otros pacientes tienen menos problemas que yo, siento que no voy a mejorar”; de *comparación descendente de identificación* sería “cuando veo que otros enfermos que están mal, pienso que yo también puedo estarlo”; y por último de *comparación descendente de contraste* sería “cuando veo que otros tienen más dificultades que yo, me alegro de estar haciéndolo bien”.

### La relación entre constructo de CS y las variables psicosociales

En las Tablas 1 y 2 se exponen los resultados de los distintos trabajos en los que se ha evaluado el papel de la CS en enfermos de dolor crónico y oncológico, así como su relación con diferentes variables personales y psicosociales. Entre los trabajos revisados, encontramos que se han evaluado las *creencias de control* en el caso de pacientes oncológicos pero no con los de dolor crónico (Bunnk et al., 1990, van der Zee et al., 1999; Stieglis et al., 2004). Los instrumentos utilizados de *creencias de control* con pacientes oncológicos son, la mayoría, elaborados al efecto e incluyen ítems pa-

ra valorar control personal y control de síntomas (p.ej.: “cuando las personas tienen serios problemas de salud sienten que tienen control de sus síntomas”) (Ver Tabla 1). Sin embargo, Bogart et al., (2000) utiliza “The Multidimensional Health Locus of Control” (MHLC: Wallston, Wallston y De Vellis, 1978) con ítems específicos de control de síntomas, pronóstico, sentimientos y emociones acerca de la enfermedad. En estos trabajos, las creencias de control se han relacionado con un menor uso de comparaciones descendentes de identificación (van der Zee et al., 1999; Bogart et al., 2000).

La *incertidumbre* es una variable importante en pacientes oncológicos que no ha sido evaluada en pacientes con dolor crónico (Molleman, Pruyn, van-Knippenberg, 1986; van der Zee et al., 1999; Bogart et al., 2000; Bennenbroek et al., 2002; Stieglis et al., 2004) (Ver Tabla 1). Los estudios evalúan las conductas que los pacientes realizan para reducir la incertidumbre provocada por el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Molleman et al. (1986), introducen tres ítems *ad hoc* para valorar la búsqueda de información, y dos ítems más para valorar la accesibilidad de expertos (médicos, personal de enfermería). En sus resultados, los pacientes prefieren consultar a expertos cuando estos son accesibles (personal sanitario y bibliografía), pero cuando no lo son buscan la información en los no expertos: familiares y otros enfermos. Además, en los pacientes con más incertidumbre aumenta la necesidad de CS que suele buscarse en pacientes que están igual o ligeramente mejor, antes que en los que están en peor situación. En el trabajo de Van der Zee et al. (1999) se mide las necesidades de información con respecto a la enfermedad y al tratamiento. En sus resultados la incertidumbre se relaciona con la búsqueda de información y con el uso de la CS descendente de Identificación así como con el Neuroticismo. Por su parte en el estudio de Bogart et al. (2000) también se muestra que a mayor incertidumbre se realizan más comparaciones ascendentes negativas y descendentes negativas. Y por último, en el estudio de Bennenbroek et al. (2002) coincidiendo con el de Molleman et al. (1986) los pacientes prefieren contactar con quienes están en una situación similar o mejor, incluyendo aquellos pacientes que están afrontando mejor su situación. A la vista de estos resultados con los pacientes de oncología, sería interesante incluir el análisis de la variable incertidumbre también en el caso del dolor crónico. Precisamente, entre las características específicas de los cuadros de dolor crónico, la incertidumbre sobre la eficacia del tratamiento, la evolución de la enfermedad y de sus consecuencias, es probable que juegue un importante papel en la búsqueda de información y procesos de adaptación mediante el uso de estrategias de CS.

Una de las variables evaluada con mayor frecuencia en oncología y de dolor crónico es la *autoestima*. En el trabajo de Heidrich (1996) dónde se comparan mujeres con diagnóstico de cáncer y de osteoartritis, éstas últimas presentan menor autoestima que las de cáncer, siendo la elevada autoestima la que se relaciona con mayor uso de comparación

descendente de contraste y ascendente de identificación. En el estudio longitudinal de Bogart et al. (2000) con pacientes oncológicos, se relaciona la autoestima con comparaciones sociales positivas, principalmente con comparaciones descendentes de contraste. Además, la elevada autoestima referida a la imagen corporal de los pacientes con cáncer está asociada a un menor uso de comparaciones ascendentes de contraste o de afecto negativo (Ver Tabla 1). En otros trabajos realizados con pacientes con dolor crónico, la autoestima también se relaciona con el uso de comparaciones descendentes y en el mismo sentido teórico (Blalock et al., 1990; De Vellis et al., 1990) (Ver Tabla 2). Así, en general, cuando la autoestima es elevada se producen más comparaciones con afecto positivo y menos comparaciones con afecto negativo (De Vellis et al., 1990; Heidrich; 1996; Bogart et al., 2000; Bunnk et al., 1990).

Tanto en los trabajos de oncológicos como en los de dolor crónico se ha evaluado la relación del constructo de la CS con el *afrentamiento* (Ver Tabla 1, 2). En oncología las comparaciones positivas ascendentes de identificación y descendentes de contraste están asociadas con formas de afrontamiento activas (van der Zee et al., 2000). Por su parte, en dolor crónico y en estudios que utilizan metodología experimental, se analiza el efecto de la dirección de la CS en la exposición a otros pacientes con el mismo diagnóstico pero que afrontan de manera eficaz/ineficaz la situación de enfermedad (De Vellis et al., 1991). Este trabajo mostró que los pacientes se situaban o auto-juzgaban en una posición intermedia respecto del tipo de afrontamiento y la gravedad de la enfermedad del modelo. Así, estos pacientes generaban comparaciones ascendentes y descendentes relacionadas con el afrontamiento eficaz o ineficaz respectivamente (De Vellis et al., 1991).

Por último, respecto a las variables de adaptación incluidas en los distintos estudios, para evaluar su relación con la CS, se ha utilizado principalmente el *estado emocional* (de forma general o en términos de depresión, ansiedad, afecto positivo y negativo), el *ajuste de enfermedad*, la *calidad de vida* o el *bienestar*. En cuanto a la *depresión* se ha utilizado fundamentalmente "The Center for epidemiology Studies Depression Scale" (CES-D: Bouma et al. 1995, Radloff, 1977) (ver Tabla 1). Respecto a su relación con la CS las mujeres que hacían más comparaciones descendentes positivas independientemente de su edad, diagnóstico y síntomas presentaban niveles más bajos de depresión y más altos de bienestar psicológico (Heidrich, 1996). En otros estudios se encontró que el "desasosiego" en los pacientes de cáncer provocaba más necesidad de comparación, y mayores niveles de ansiedad se relacionan con mayor uso de la comparación descendente (van der Zee, Buunk, DeRuiter y Tempelaar, 1996; van der Zee, Buunk y Sanderman, 1996; 1998; van der Zee, Oldersma, Buunk y Bos, 1998; van der Zee et al., 1999). También van der Zee et al. (1998a; 1998b) pronosticaba que cuando se produce CS, la ascendente produce más afectos positivos y menos negativos, mientras que las descendentes menos afectos positivos y más negativos. Este mismo autor,

utilizando la depresión como un indicador de bienestar, obtuvo que ésta es más elevada en pacientes con mayores niveles de neuroticismo mayor incertidumbre y comparaciones descendentes de identificación (van der Zee et al., 1999). Por su parte, el estudio de Buunk et al. (2009) encuentra el mismo resultado. En esta línea Bennenbroek et al. (2002) confirma que los síntomas depresivos son los mejores predictores de la necesidad de CS. Así, los pacientes con altos niveles de depresión junto con la incertidumbre son quienes tienen más necesidad de compararse con otros.

En cuanto a la *ansiedad*, en el trabajo de Molleman et al. (1986) en oncología la ansiedad situacional predice la necesidad de CS, mientras que la ansiedad estado no es predictora. En este trabajo, para obtener información acerca de su ansiedad, los pacientes prefieren compararse con quienes están en situación similar a la suya, o con pacientes que están mucho mejor, pues ayuda a reducir su ansiedad. Los pacientes con niveles más elevados de incertidumbre prefieren recibir la información de fuentes expertas (médicos, personal de enfermería), y aquellos con elevados niveles de ansiedad muestran más necesidad de CS (Molleman et al., 1986). En el caso de dolor crónico, encontramos que el uso de la CS descendente se relacionó con peor estado emocional (De Vellis et al., 1990; Heidrich, 1996; Affleck et al., 2000). Sin embargo, en otros trabajos la comparación descendente no se relacionó con el estado de ánimo (Affleck et al., 1987). Por su parte, las personas con mayores índices de depresión utilizan con mayor frecuencia la CS ascendente desfavorable (Neugebauer et al., 2003), pero el uso de comparaciones ascendentes de identificación o favorables se relaciona con un mejor estado emocional (Blalock et al., 1990; Heidrich, 1996) (Ver Tabla 2).

En el caso del *ajuste de enfermedad, calidad de vida, y/o, bienestar* de los pacientes de oncología, en el estudio de Hagopian et al. (1994) utilizando el "Global Adjustment to Illness Scale" (GAIS; Derogatis, 1975) los pacientes con puntuaciones de ajuste más elevadas utilizan más comparaciones ascendentes (Ver Tabla 1). En el caso del estudio de Stanton, Danoff-Burg, Cameron, Snider y Kirk (1999) utilizando un instrumento de ajuste elaborado al efecto, el ajuste se relaciona tanto con el uso de comparaciones ascendentes como descendentes. Por su parte, el *bienestar físico* evaluado con el "Scale for physical distress from the Róterdam Symptom Checklist" (RSCL: De Haes et al, 1990), utilizada en el estudio de van der Zee et al. (1996<sup>a</sup>) el distrés físico se relacionaba con menor necesidad de CS. Por otro lado, los trabajos que evaluaron el *bienestar subjetivo* y la *calidad de vida* no encontraron relaciones significativas con las variables de CS (De Wit, van der Zee et al. 1996a; van Dam, Litjens y Huijer, 2001; Schultz et al., 2004).

En el dolor crónico se ha considerado como indicadores de adaptación o ajuste a la enfermedad las dimensiones de síntomas (percepción de síntomas, gravedad de la enfermedad, exacerbación de síntomas, intensidad y localización del dolor), y funcionamiento físico y/o social (percepción de actividades de la vida diaria realizadas, tiempo libre, satisfac-

ción con la realización de actividades físicas, percepción y satisfacción con la habilidad o funcionamiento físico o relaciones con otros) (Ver Tabla 2). En general los resultados de la relación entre la CS y el estado físico o funcional muestran que, por un lado, un mayor uso de comparaciones descendentes predice mejor estado físico (Affleck et al., 1987; Affleck et al., 1988), pero en otros trabajos no se mantiene esta relación (Blalock et al., 1990; De Vellis et al., 1990). En la comparación social ascendente, un mayor uso de ésta se relaciona con mayor satisfacción con el funcionamiento físico (Blalock et al., 1989). En dos trabajos se evalúa la relación del uso de la CS con la percepción de la intensidad del dolor (Affleck et al., 1987; Affleck et al., 2001) y mientras en el primero el uso de comparaciones descendentes se relaciona con menor dolor, en el segundo, el mayor dolor predice mayor uso de comparaciones sociales descendentes y menores de tipo temporal (comparación consigo mismo respecto a su situación anterior). Es interesante profundizar en el estudio de la relación entre el dolor y la comparación social evaluando sus dimensiones de dirección e interpretación (contraste e identificación), pues mostrarían resultados más exactos de uso de la comparación social.

## Conclusiones

El constructo de CS y su relación con la adaptación y calidad de vida en pacientes crónicos despertó un gran interés en la última década del siglo XX, si bien, como muestra nuestra revisión bibliográfica, el interés sobre este concepto ha ido disminuyendo. Aún así, y a la vista de los resultados de la revisión, creemos que es un constructo necesario en la evaluación de las variables que pueden influir en la adaptación de los pacientes oncológicos y con dolor crónico a su enfermedad.

## Referencias

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., y Fifield, J. (1988). Social Comparison in rheumatoid arthritis: Accuracy and Adaptational Significance. *Journal of Social and Clinical Psychology, 6*(2), 219-234.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifield, J., y Rowe, J. (1987). Downward comparison and coping with serious medical problems. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*(4), 570-578.
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., Higgins, P., y Abeles, M. (2001). Downward comparisons in daily life with chronic pain: dynamic relations with pain intensity and mood. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*(4), 499-518.
- Bellizzi, K.M., Blank, T.O., & Oakes, C.E. (2006). Social Comparison Processes in autobiographies of adult cancer survivors. *Journal of Health Psychology, 11*(5), 777-786.
- Bennenbroek, F., Buunk, B., van der Zee, K., y Grol, B. (2002). Social Comparison and patient information: What to cancer patients want? *Patient Education and Counseling, 47*(1), 5-12.
- Blalock, S., Afifi, R., McEvoy, B., Holt, K., y De Vellis, R. (1990). Adjustment to rheumatoid arthritis: the role of social comparison processes. *Health Education Research, 5*(3), 361-370.
- Blalock, S., McEvoy, B., y De Vellis, R. (1989). Social Comparison Among Individuals With Rheumatoid Arthritis. *Journal of Applied Social Psychology, 19*(8), 665-680.
- Bogart, L., y Helgeson, V. (2000). Social Comparison among women with breast cancer: A longitudinal investigation. *Journal of Applied Social Psychology, 30*(3), 547-575.
- Bouma, J., Ranchor, A., y Sanderman, R. (1995). *Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken*. Groningen: Rijksuniversiteit.
- Buunk, B., Collins, R., Taylor, S., van Yperen, N., y Dakof, G. (1990). The affective consequences of social comparison: Either direction has its ups and downs. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 1238-1249.
- Buunk, B., y Gibbons, F. (1997). Social Comparison in Health and Illness: A Historical Overview. En B. Buunk y F. Gibbons (Eds.), *Perspectives from social comparison theory* (pp. 1-20). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Buunk, B., y Ybema, J. (1995). Selective evaluation and downward comparison in coping with stress. *Journal of Applied Social Psychology, 25*(17), 1499-1517.
- Buunk, B., y Ybema, J. (1997). The Identification-Contrast Model. En B. Buunk y F. Gibbons (Eds.), *Health, coping and well-being: Perspective from social comparison* (pp. 359-383). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Buunk, B., Zurriaga, R., González, P., Terol, M., y López-Roig, S. (2006). Targets and dimensions of social comparison among people with spinal cord injury and other health problems. *British Journal of Health Psychology, 11*, 677-693.
- Buunk, B., Brakel, T.M., Bennenbroek, F.T.C., Stiegelis, H.E., Sanderman, R., Van Den Bergh, A.C.M. & Hagedoorn, M. (2009). Neuroticism and responses to social comparison among cancer patients. *European Journal*

- of *Personality*, 23(6), 475-487.
- De Haes, J., van Knippenberg, F., y Neijt, S. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal of Cancer*, 62, 1034-1038.
- De Vellis, R., Blabock, S., Holt, K., Renner, B., Blanchard, L., y Lou, M. (1991). Arthritis Patients' Reactions to Unavoidable Social Comparisons. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17(4), 392-399.
- De Vellis, R., Holt, K., Renner, B., Blabock, S., Blanchard, L., Cook, H., et al. (1990). The Relationship of Social Comparison to Rheumatoid Arthritis Symptoms and Affect. *Basic and Applied Social Psychology*, 11(1), 1-18.
- De Wit, R., van Dam, F., Litjens, M., y Huijjer, H. (2001). Assessment of pain cognitions in cancer patients with chronic pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(5), 911-924.
- Derogatis, L. (1975). *The Global Adjustment to Illness Scale (G.AIS)*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(71-75).
- Diener, E., y Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and ideographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Gerrard, M., Gibbons, F., y Sharp, J. (1985). *Social Comparison in a self-help group for bulimics*. Paper presented at the Annual meeting of the American Psychological Association, Los Angeles.
- Gibbons, F., y Buunk, B. (1999). Individual differences in social comparison: the development of a scale for social comparison orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 129-142.
- Gibbons, F., y Gerrard, M. (1991). Downward comparison and coping with threat. En J. Suls y T. Wills (Eds.), *Social Comparison: Contemporary theory and research* (pp. 317-345). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hagopian, G., Lowery, B., y Jacobsen, B. (1994). Adjustment to breast cancer using downward comparison. *Cancer Practice*, 2(5), 359-364.
- Heidrich, S. (1996). Mechanisms related to Psychological Well-being in Older Women with Chronic Illnesses: Age and Disease Comparisons. *Research in Nursing and Health*, 19, 225-235.
- Jensen, M., Turner, J., Romano, J., y Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *El concepto de Afrontamiento en Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.
- Molleman, E., Pruyn, J., y van Knippenberg, A. (1986). Social comparison processes among cancer patients. *British Journal of Social Psychology*, 25(1), 1-13.
- Neugebauer, A., Katz, P., y Pasch, L. (2003). Effect of valued activity disability, social comparisons, and satisfaction with ability on depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 22, 253-262.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measures*, 1, 385-401.
- Schulz, U., y Schwarzer, R. (2004). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 716-732.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Snider, P., y Kirk, S. (1999). Social comparison and adjustment to breast cancer: An experimental examination of upward affiliation and downward evaluation. *Health Psychology*, 18(2), 151-158.
- Stiegelis, H., Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bennenbroek, F., Buunk, B., van den Bergh, A., et al. (2004). The impact of an informational self-management intervention on the association between control and illness uncertainty before and psychological distress after radiotherapy. *Psycho-Oncology*, 13(4), 248-259.
- Suls, J., y Wheeler, L. (2000). *Handbook of Social Comparison Theory and Research*. New York: Plenum Publisher.
- Taylor, S., Buunk, B., y Aspinwall, L. (1990). Social Comparison, Stress and Coping. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16(1), 74-89.
- Taylor, S., y Lobel, M. (1989). Social comparison activity under threat: Downward evaluation and upward contacts. *Psychological Reviews*, 96, 569-575.
- Tennen, H., y Affleck, G. (1996). Daily processes in coping with chronic pain: Methods and analytic strategies. En M. Zeidner y N. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 151-177). New York: Wiley.
- Tennen, H., y Affleck, G. (1997). Social Comparison as a Coping Process: A Critical Review and Application to Chronic Pain Disorders. En B. Buunk y F. Gibbons (Eds.), *Health, coping and well-being: Perspectives from Social Comparison Theory* (pp. 263-294). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Van der Zee, K., Buunk, B., DeRuiter, J., y Tempelaar, R. (1996). Social comparison and the subjective well-being of cancer patients. *Basic and Applied Social Psychology*, 18(4), 453-468.
- Van der Zee, K., Buunk, B., y Sanderman, R. (1996). The relationship between social comparison processes and personality. *Personality and Individual Differences*, 20(5), 551-565.
- Van der Zee, K., Buunk, B., y Sanderman, R. (1998). Neuroticism and reactions to social comparison information among cancer patients. *Journal of Personality*, 66(2), 175-194.
- Van der Zee, K., Buunk, B., Sanderman, R., Botke, G., y van den Bergh, F. (1999). The Big Five and Identification-contrast processes in social comparison in adjustment to cancer treatment. *European Journal of Personality*, 13(4), 307-326.
- Van der Zee, K., Buunk, B., Sanderman, R., Botke, G., y van den Bergh, F. (2000). Social Comparison and coping with cancer treatment. *Personality and Individual Differences*, 28, 17-34.
- Van der Zee, K., Oldersma, F., Buunk, B., y Bos, D. (1998). Social comparison preference among cancer patients as related to Neuroticism and Social Comparison Orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 801-810.
- Van der Zee, K., Oldersma, F., Buunk, B., y Bos, D. (1998). Social comparison preferences among cancer patients as related to neuroticism and social comparison orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 801-810.
- Wallston, B., Wallston, K., y De Vellis, R. (1978). Locus of Control and health: A review of the literature. *Health Education Monographs*, 107-117.
- Wheeler, L., y Miyake, K. (1992). Social Comparison in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 760-773.
- Wills, T. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245-271.
- Wills, T. (1997). Modes and families of coping: An analysis of downward comparison in the structures of other cognitive and behavioral mechanism. En B. Buunk y F. Gibbons (Eds.), *Health, coping and well-being: perspectives from social comparison theory*. (pp. 299-328). Mahwah, NJ: Erlbaum.

(Artículo recibido: 13-05-2010, revisión: 18-09-2011, aceptado: 09-10-2011)