

8. ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS EN ESTA INVESTIGACIÓN

8.1. OBJETIVO 1:

ESTABILIDAD DEL INSTRUMENTO JCAS A LO LARGO DE LOS 4 PASES

Para analizar la estabilidad temporal del JCAS utilizaremos dos estrategias complementarias. Por un lado, el análisis de varianza para medidas repetidas (prueba de Friedman) a fin de comprobar si los valores medios de cada subescala se mantienen constantes. Si los resultados de la prueba nos dan valores que no son significativos, podríamos aceptar la estabilidad de las medias, pero podría ocurrir que algunos individuos modificaran sus puntuaciones a lo largo de los pases de tal forma que la comparación de medias no lo detectase. Es decir, podría ocurrir que algunos individuos aumentaran sus puntuaciones y otros las disminuyeran, lo que daría lugar a una estabilidad en los valores medios que ocultaría una inestabilidad en los valores de determinados individuos. Para descartar esta posibilidad, utilizaremos una estrategia complementaria basada en correlacionar los valores de cada subescala en cada uno de los pases. Si las correlaciones son significativas, cabe suponer que las medias han mantenido la misma tendencia a lo largo de los cuatro pases. Por lo tanto, para poder afirmar que los JCAS son estables, esperamos encontrar una igualdad en los valores medios a lo largo de los pases (hipótesis nula en la prueba de Friedman) y una correlación entre las medias de cada subescala del JCAS a lo largo de los pases (valores significativos de la correlación de Pearson).

Los resultados obtenidos al aplicar estas pruebas nos confirman que los valores de las subescalas permanecen estables. Por un lado, la prueba de Friedman nos lleva a aceptar la hipótesis nula en todos los casos (chi cuadrado=6.28 y $p=0.09$ para JCASI; chi cuadrado=2.59 y $p=0.46$ para JCASE; chi cuadrado=1.65 y $p=0.65$ para JCASA). Por otro lado, las correlaciones son siempre significativas en las tres subescalas del JCAS (ver Tablas 8.1. a 8.3.).

8. Análisis de los Objetivos planteados en esta Investigación

Tabla 8.1. Correlaciones Bivariadas de la Subescala JCASI en los 4 pases.

Subescalas	JCASI 1	JCASI 2	JCASI 3	JCASI 4
JCASI 1	1.00	0.36	0.38	0.33
Sign.		0.002	0.002	0.022
JCASI 2		1.00	0.43	0.40
Sign.			0.001	0.005
JCASI 3			1.00	0.71
Sign.				0.000

Tabla 8.2. Correlaciones Bivariadas de la Subescala JCASE en los 4 pases.

Subescalas	JCASE 1	JCASE 2	JCASE 3	JCASE 4
JCASE 1	1.00	0.69	0.36	0.33
Sign.		0.000	0.004	0.024
JCASE 2		1.00	0.45	0.39
Sign.			0.000	0.006
JCASE 3			1.00	0.59
Sign.				0.000

Tabla 8.3. Correlaciones Bivariadas de la Subescala JCASA en los 4 pases.

Subescalas	JCASA 1	JCASA 2	JCASA 3	JCASA 4
JCASA 1	1.00	0.49	0.27	0.34
Sign.		0.000	0.037	0.020
JCASA 2		1.00	0.55	0.71
Sign.			0.000	0.000
JCASA 3			1.00	0.75
Sign.				0.000

A partir de estos resultados, podemos extraer dos conclusiones importantes: primero podemos considerar que los JCAS son estables (lo cual significa que no existen diferencias significativas en la valoración de cada subescala por parte de los sujetos en los diferentes pases) y, segundo, que para estudiar el papel de los mismos en las diferentes variables de calidad de vida y supervivencia (Objetivo 2, apartado 8.2.), podemos utilizar como criterio los resultados del primer pase; esto es, los valores de JCASI 1, JCASE 1 y JCASA 1. Sería además deseable, que estos tres JCAS fueran independientes entre sí; es decir, que sus correlaciones no fueran significativas. Aunque esto no es del todo cierto, pues el JCASE correlaciona con el JCASA con un

valor $r=0.225$ y una $p=0.03$ y también correlaciona con el JCASI con un valor $r=0.217$ y una $p=0.04$), podemos asumir que se trata de dimensiones diferentes, ya que las correlaciones son bajas entre sí e inferiores a las que se observan dentro de cada uno de los JCAS a lo largo de los pases, por lo que no le damos mucha relevancia.

Que los JCAS sean estables puede significar o que el instrumento no es suficientemente sensible a los posibles cambios o que la gente no varía su opinión a lo largo de los cuatro pases sobre lo que consideran importante para recuperar su salud. A efectos de poder desarrollar la presente investigación, debemos asumir que es esta segunda posibilidad la que explica los datos observados.

No obstante, y dado que nos interesa disponer de grupos diferenciados respecto a los JCAS (es decir, individuos con juicios de control "altos" y/o "bajos" en cada una de las dimensiones), debemos escoger un punto de corte para JCASI, otro para JCASE y otro para JCASA. Para ello, y a partir de la distribución de puntuaciones que se indica en las Tablas 8.4., 8.5. y 8.6., hemos establecido los siguientes puntos de corte (marcados con negrita en las tablas), de forma que nos queden dos grupos diferenciados en cuanto al nivel "alto" y "bajo" de cada JCAS y, a la vez, que sean lo más homogéneos posible desde el punto de vista del tamaño de los dos grupos.

Tabla 8.4. *Distribución de puntuaciones para el JCASI 1.*

Valores	Frecuencia	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
4.00	3	3.3	3.3
5.00	4	4.4	7.8
6.00	13	14.4	22.4
7.00	17	18.9	41.1
8.00	53	58.9	100
Total	90	100	

8. Análisis de los Objetivos planteados en esta Investigación

Tabla 8.5. Distribución de puntuaciones para el JCASE 1.

Valores	Frecuencia	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
2.00	2	2.2	2.2
3.00	1	1.1	3.3
4.00	1	1.1	4.4
5.00	1	1.1	5.6
6.00	24	26.7	32.2
7.00	14	15.6	47.8
8.00	47	52.2	100
Total	90	100	

Tabla 8.6. Distribución de puntuaciones para el JCASA 1.

Valores	Frecuencia	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
2.00	29	32.2	32.2
3.00	12	13.3	45.6
4.00	15	16.7	62.2
5.00	12	13.3	75.6
6.00	10	11.1	86.7
7.00	8	8.9	95.6
8.00	4	4.4	100
Total	90	100	

Los puntos de corte para crear los dos grupos diferenciados en las tres subescalas van a ser los siguientes:

- 1) Para el JCASI los dos grupos se identifican por tener:
 - a) Grupo de puntuación alta: si los sujetos puntúan 8.
 - b) Grupo de puntuación baja: si los sujetos puntúan de 2 a 7 inclusive.

- 2) Para el JCASE los dos grupos se identifican por tener:
 - a) Grupo de puntuación alta: si los sujetos puntúan 8.
 - b) Grupo de puntuación baja: si los sujetos puntúan de 2 a 7 inclusive.

- 3) Para el JCASA los dos grupos se identifican por tener:
- a) Grupo de puntuación alta: si los sujetos puntúan de 4 a 8 inclusive.
 - b) Grupo de puntuación baja: si los sujetos puntúan de 2 a 3 inclusive.

Una vez creados los grupos, es conveniente verificar que no existen diferencias en los mismos en función de la pertenencia a uno u otro tipo de tratamiento (QT o RT) a fin de asegurarnos de que los análisis necesarios para el objetivo 2 se realicen con variables independientes (el tipo de tratamiento y el nivel de juicio en los JCAS). En consecuencia, y de forma similar a como hemos procedido para verificar la estabilidad de los JCAS, utilizaremos dos estrategias de análisis complementarias:

- a) la comparación de proporciones de individuos "altos" y "bajos" en cada grupo de tratamiento y para cada tipo de JCAS, mediante la prueba de chi cuadrado, y
- b) la comparación de puntuaciones medias en cada JCAS entre los dos grupos de tratamiento.

Los resultados de la prueba ji cuadrado indican que no hay diferencias entre los grupos (chi cuadrado=2.805 y p=0.094 para JCASA; chi cuadrado=0.218 y p=0.641 para JCASI; y chi cuadrado=2.820 y p=0.093 para JCASE), y lo mismo puede decirse de los resultados para la prueba de comparación de medias (t= -0.24 y p=0.80 para JCASI; t= -0.64 y p=0.52 para JCSE; t= -1.69 y p=0.09 para JCASA). A la luz de estos resultados podemos concluir que no hay diferencias entre los grupos de RT y QT en lo referente a las valoraciones de los JCAS, por lo que podemos considerar que estas variables no dependen del tratamiento (ver tabla 8.7.)

Tabla 8.7. Prueba t para cada JCAS en el pase 1 según grupo de tratamiento (RT o QT).

Subescalas	Radioterapia			Quimioterapia			t	sign.
	x	sd	n	x	sd	n		
JCASI 1	7.23	1.20	44	7.28	0.96	46	- 0.24	0.80
JCASE 1	6.95	1.06	44	7.13	1.50	46	- 0.64	0.52
JCASA 1	3.68	1.85	44	4.35	1.88	46	- 1.69	0.09

8.2. OBJETIVO 2:

RELACIÓN DE LOS JCAS CON EL CVCP, EL ÍNDICE KARNOFSKY, LOS ÍTEMS CLÍNICAMENTE RELEVANTES Y LA SUPERVIVENCIA.

Para analizar la relación de los tres JCAS con las variables “dependientes” de nuestro estudio: la CVCP, el Karnofsky, los Ítems Clínicamente relevantes y la Supervivencia, utilizaremos el Análisis de la Varianza Univariado mediante un diseño 2x2 en el que incluiremos el tipo de tratamiento (QT o RT) y los dos niveles de los JCAS correspondientes (alto o bajo). De esta forma, presentaremos los resultados considerando la variable “grupo” (tipo de tratamiento: QT o RT) y la variable JCAS.

En las tablas que expondremos a lo largo de este apartado, que resumen los resultados obtenidos al aplicar los Análisis de la Varianza Univariados (ANOVAs), utilizaremos la nomenclatura siguiente: “p” significa que hay un efecto debido al tratamiento e “Int.” significa que hay una interacción entre el tipo de tratamiento y el nivel del JCAS en relación a la variable dependiente correspondiente, puesto que sólo en un caso los JCAS han mostrado tener efectos sobre las variables que estamos analizando en este apartado. En aquellos casos en los que consideramos necesario completar estos resultados recurriremos a las comparaciones de medias (cuando exista un efecto debido al tratamiento) o al análisis de efectos simples (cuando haya interacciones). En todos los casos hemos utilizado como criterio la “F “ conservadora dado que en muchos de los análisis no se cumplía la condición de homogeneidad de las varianzas.

En líneas generales, esperamos que las variables manifiesten sus efectos (en caso de que existan) de manera consistente; esto es, que los resultados se “repliquen” a lo largo de los países y/o entre los diferentes JCAS. En este caso, y a lo largo de los párrafos siguientes, comentaremos las razones que nos llevan a considerar que hay un efecto consistente o bien un resultado espurio.

8.2.1. Relación de los JCAS con el CVCP

1) Subescala Estatus Sintomático

Respecto a la subescala de Estatus Sintomático, la tabla 8.8. nos muestra que, independientemente de los JCAS, hay un efecto claro del tratamiento, mostrándose como la variable preeminente en 7 de los 8 análisis en los que se ha encontrado un efecto estadísticamente significativo. Consideramos que, globalmente, la interacción observada en el cuarto pase no contradice lo anterior y puede ser debida a un resultado espurio. Por lo tanto, estimamos que en todos los casos existe un efecto debido al tipo de tratamiento.

Tabla 8.8. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado de la Subescala Estatus Sintomático para los tres JCAS en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

Subescala Estatus Sintomático	JCASI - Grupo	JCASE - Grupo	JCASA - Grupo
Pase 1			
Pase 2	P=0.023		P=0.025
Pase 3	P=0.007	P=0.006	P=0.007
Pase 4	Int.=0.013	P=0.005	P=0.008

La tabla 8.9. muestra los valores medios en los dos grupos de tratamiento a lo largo de los pases que en la tabla 8.8. han dado resultados significativos y, evidencia, de manera clara, que el grupo de RT muestra una puntuación mayor que el grupo de QT. Esto significa que los pacientes que recibieron RT mostraron mayor incidencia de síntomas que los pacientes del grupo de QT a partir del pase 2.

Tabla 8.9. Valores medios para la Subescala Estatus Sintomático en los pases 2, 3 y 4 en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

Subescala Estatus Sintomático	Pase 2			Pase 3			Pase 4		
	x	sd	n	x	sd	n	x	sd	n
RT	20.06	(15.39)	33	20.89	(13.21)	22	22.50	(19.21)	19
QT	13.32	(11.82)	42	12.25	(11.07)	40	10.79	(7.73)	29

2) Subescala Estatus Funcional

Los resultados obtenidos de los ANOVAs realizados en la subescala funcional para los tres JCAS según grupo de tratamiento, sólo revelan una interacción significativa en el segundo pase del JCASI ($p=0.015$). A nuestro juicio, esto puede ser un resultado espurio sin mayor importancia a nivel estadístico, ya que el efecto no se observa en el resto de pases.

3) Subescala Estatus Emocional

En este caso, los análisis ofrecen un perfil irregular, mostrando resultados diferentes en cada uno de los JCAS (ver tabla 8.10.). Podemos considerar, de entrada, que el único resultado aparentemente coherente es el hallado en JCASI, puesto que tanto en el pase 1 como en el pase 2 el ANOVA da una interacción. Para JCASE, en cambio, se observa un efecto grupo en el primer pase y una interacción en el segundo, por lo que debemos realizar un análisis cauteloso de los resultados y cotejarlo con lo observado en JCASI a fin de poder valorar si existe un patrón regular subyacente a ambos JCAS. Finalmente, y al igual que hicimos al analizar la subescala Estatus Funcional, consideraremos que el resultado observado en el JCASA es espurio y lo ignoraremos. Desarrollaremos a continuación los análisis para JCASI y JCASE.

Tabla 8.10. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado de la Subescala Estatus Emocional para los tres JCAS en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

Subescala Estatus Emocional	JCASI – Grupo	JCASE - Grupo	JCASA - Grupo
Pase 1	Int.= 0.031	P= 0.020	P= 0.011
Pase 2	Int.= 0.004	Int.= 0.016	
Pase 3			
Pase 4			

La tabla 8.11. y las gráficas 8.1. y 8.2. ilustran los valores que se obtienen en cada pase para cada grupo de pacientes en función de su puntuación en JCASI. En ambos pases se observa un perfil similar en el caso de los pacientes con JCASI alto. En el caso de los paciente con JCASI bajo, no hay diferencias en el pase 1, y aunque parece haberlas en el pase 2, no llegan a alcanzar la significación estadística. Los

análisis de efectos simples confirman esta afirmación observando en el pase 1 una diferencia significativa en el grupo de pacientes con JCASI alto ($p=0.001$), sin que se observe en el de pacientes con JCASI bajo ($p=0.904$); y en el pase 2 se replica esta situación con una relación significativa para el grupo de JCASI alto ($p=0.022$) y sin relación significativa para el grupo de JCASI bajo ($p=0.060$).

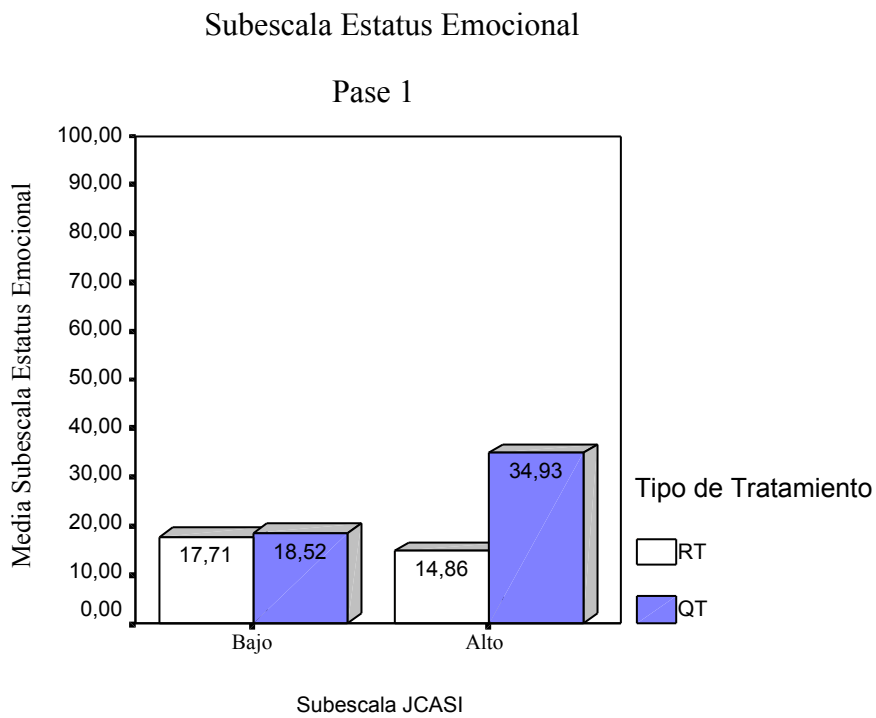
Para el JCASE, los resultados del pase 1 revelan que, el grupo de RT muestra menos malestar emocional ($x(RT)=16.25$ y $x(QT)=27.01$), lo cual es compatible con lo indicado en la tabla 8.11. para JCASI, aun cuando en este caso no se llega a observar una interacción que sí se da en el pase 2, tal como lo ilustran la tabla 8.12. y la gráfica 8.3. Aquí se observa un perfil similar al obtenido para JCASI (ver gráfica 8.2.), que viene corroborado por el análisis de efectos simples ya que hay una diferencia significativa en el grupo de JCASE alto ($p=0.040$) y una tendencia a la significación en el grupo de JCASI bajo ($p=0.162$).

Tabla 8.11. Valores medios para la Subescala Estatus Emocional en los pases 1 y 2 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Subescala Estatus Emocional Pase 1						Subescala Estatus Emocional Pase 2					
	JCASI Bajo			JCASI Alto			JCASI Bajo			JCASI Alto		
	x	sd	n	x	sd	n	x	sd	n	x	sd	n
RT	17.71	(17.70)	17	14.86	(15.54)	27	32.40	(25.56)	15	13.50	(10.28)	18
QT	18.52	(20.20)	20	34.93	(25.94)	26	19.89	(16.32)	18	27.25	(20.19)	23

8. Análisis de los Objetivos planteados en esta Investigación

Gráfica 8.1. Valores medios de la Subescala Estatus Emocional en el pase 1 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT)



Gráfica 8.2. Valores medios de la Subescala Estatus Emocional en el pase 2 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT)

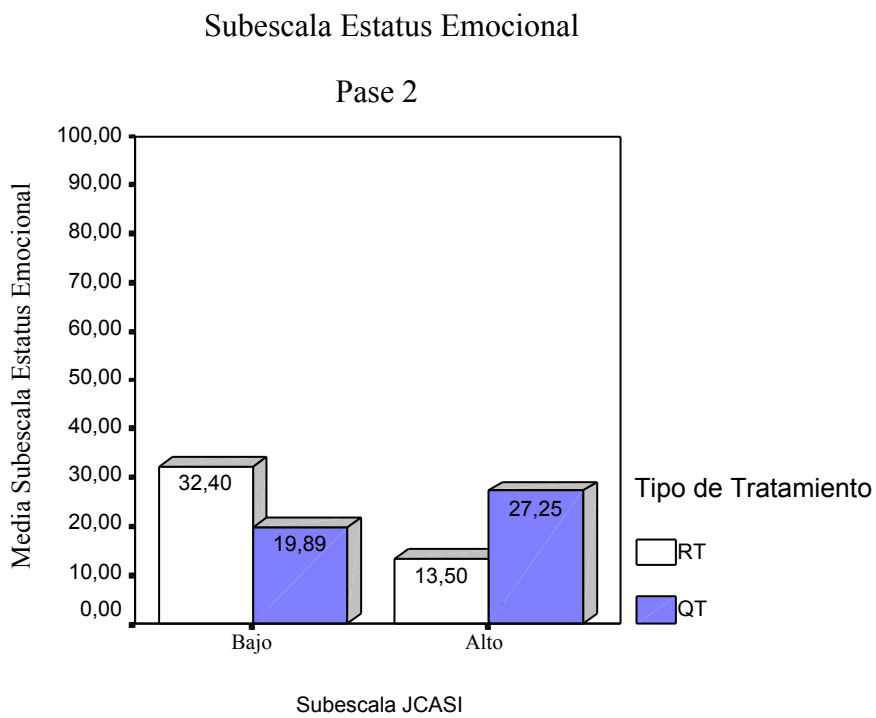
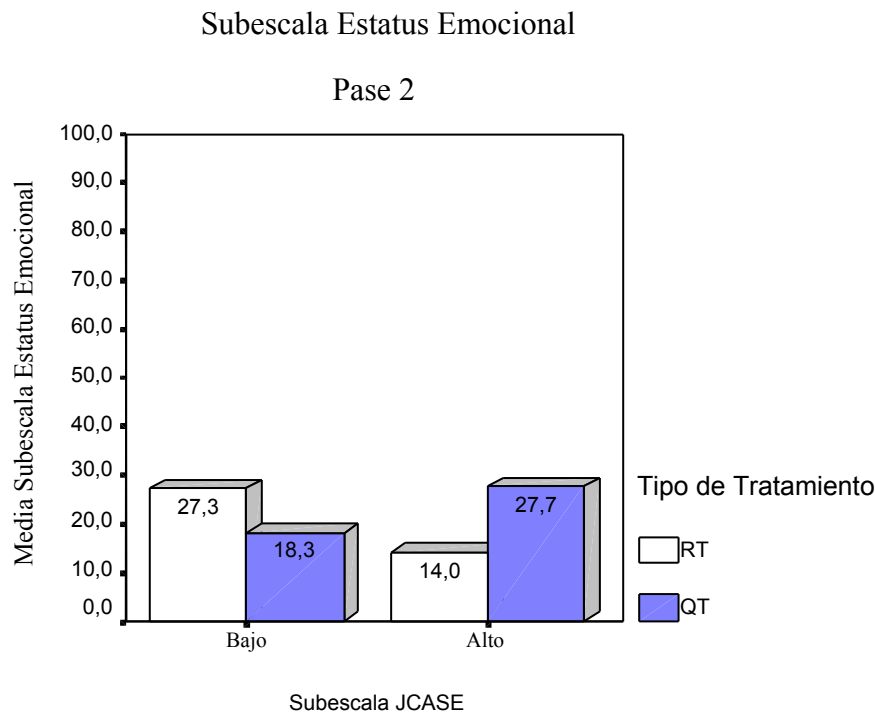


Tabla 8.12. Valores medios para la Subescala Estatus Emocional en el pase 2 para JCASE (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Subescala Estatus Emocional Pase 2					
	JCASE Bajo			JCASE Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	27.33	(23.99)	20	14.03	(11.30)	13
QT	18.26	(15.30)	16	27.70	(20.06)	25

Gráfica 8.3. Valores medios de la Subescala Estatus Emocional en el pase 2 para JCASE (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT)



Si hacemos una valoración global de todo lo observado en la subescala Estatus Emocional, podríamos concluir que, para los dos primeros pases, los pacientes con juicios de control con JCASI y JCASE bajos (tanto interno como externo) que reciben RT (a partir del pase 2) tienen tendencia a estar emocionalmente más afectados que sus homólogos que reciben QT (a partir del pase 2), y que lo inverso ocurre para los individuos con JCASI y JCASE altos, donde sí puede afirmarse que las diferencias son estadísticamente significativas.

4) Subescala Estatus Social

La tabla 8.13. muestra que únicamente existe un resultado estadísticamente significativo (en forma de interacción) para los JCASI en los pases 1 y 2. La tabla 8.14. y las gráficas 8.4. y 8.5. ilustran esa situación que es prácticamente idéntica a la observada en la subescala Estatus Emocional. Por ello podemos aplicar aquí las mismas consideraciones que para ésta última. Esto significa que los pacientes con JCASI bajo que reciben RT tienen tendencia a estar peor en los aspectos sociales que sus homólogos que reciben QT (lo cual viene corroborado por el análisis de efectos simples con $p=0.506$ el pase 1 y $p=0.065$ en el pase 2). En el grupo de JCASI alto son los pacientes con QT los que realmente están peor (con $p=0.022$ para el pase 1 y $p=0.046$ para el pase 2).

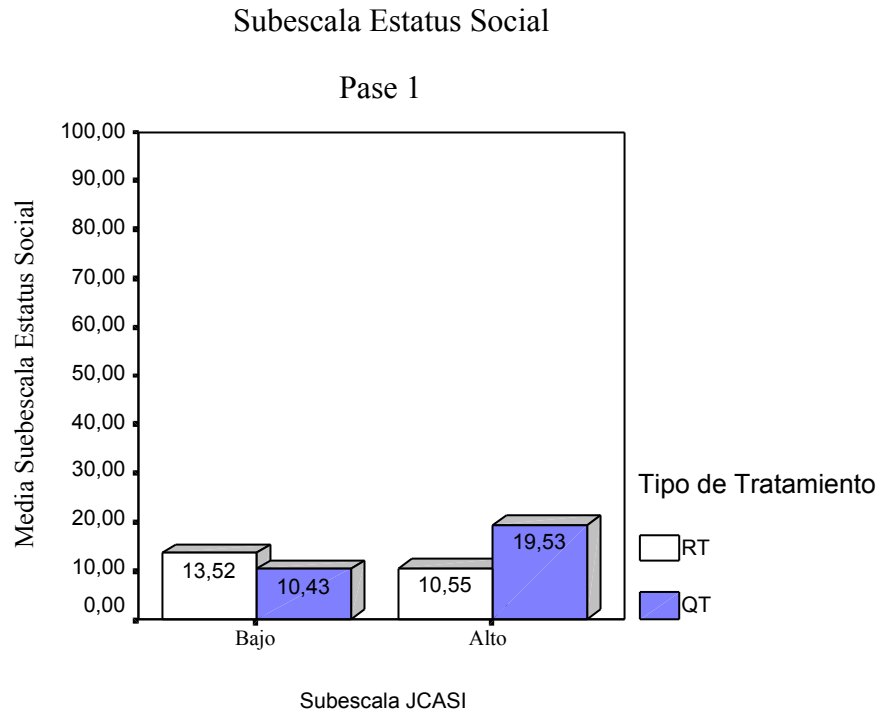
Tabla 8.13. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado de la Subescala Estatus Social para los tres JCAS en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

Subescala Estatus Social	JCASI - Grupo	JCASE – Grupo	JCASA - Grupo
Pase 1	Int.= 0.048		
Pase 2	Int.= 0.008		
Pase 3			
Pase 4			

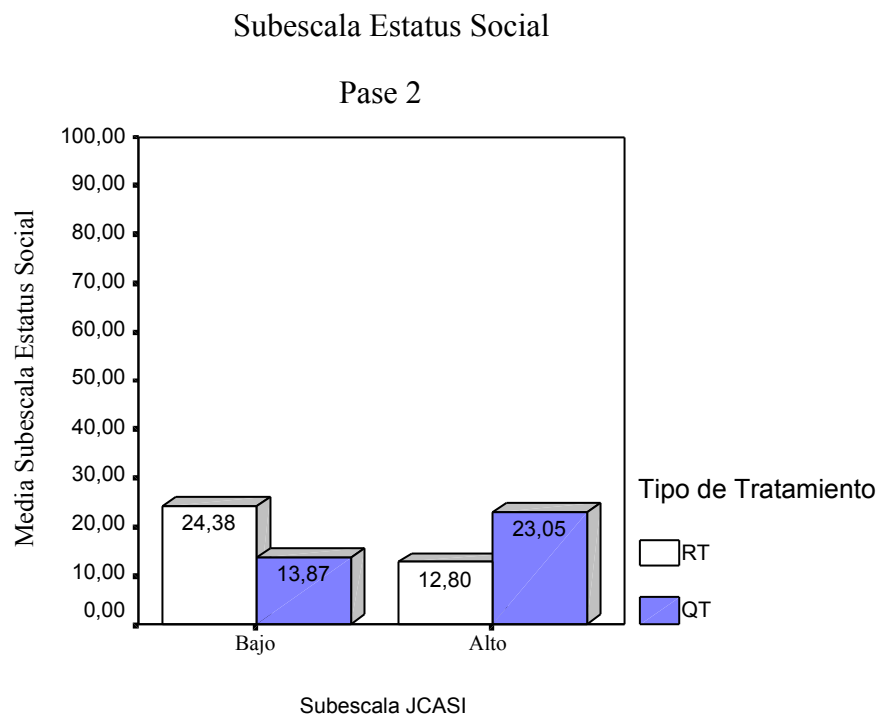
Tabla 8.14. Valores medios para la Subescala Estatus Social en los pases 1 y 2 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Subescala Estatus Emocional Pase 1						Subescala Estatus Emocional Pase 2					
	JCASI Bajo			JCASI Alto			JCASI Bajo			JCASI Alto		
	x	sd	n	x	sd	n	x	sd	n	x	sd	n
RT	13.52	(15.00)	17	10.55	(10.98)	27	24.38	(21.90)	15	12.80	(10.44)	18
QT	10.43	(12.09)	20	19.53	(17.19)	26	13.87	(16.62)	18	23.05	(14.75)	23

Gráfica 8.4. Valores medios de la Subescala Estatus Social en el pase 1 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT)



Gráfica 8.5. Valores medios de la Subescala Estatus Social en el pase 2 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT)



8.2.2. Relación de los JCAS con el Índice Karnofsky

Dado que el Índice Karnofsky, en principio, evalúa los mismos aspectos que las Subescalas Estatus Funcional y Estatus Sintomático del CVCP, cabría esperar resultados similares a los observados en dichas subescalas. Curiosamente, no ocurre así, observándose mayoritariamente efectos de interacción con JCASI y JCASA, tal como indica la tabla 8.15. Únicamente en el pase 4 se observa un efecto debido al tratamiento que indica que el grupo de RT está peor que el grupo de QT ($x(RT)=26.32$; $x(QT)=21.38$).

Analizaremos con más detalle estos resultados e intentaremos, al igual que hemos hecho con el CVCP, detectar la posible existencia de una regularidad subyacente en los datos.

Tabla 8.15. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado del Índice Karnofsky para los tres JCAS en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

Índice Karnofsky	JCASI - Grupo	JCASE - Grupo	JCASA - Grupo
Pase 1	Int.= 0.004		
Pase 2	Int.= 0.000		Int.= 0.017
Pase 3	Int.= 0.001		Int.= 0.043
Pase 4	P= 0.041		

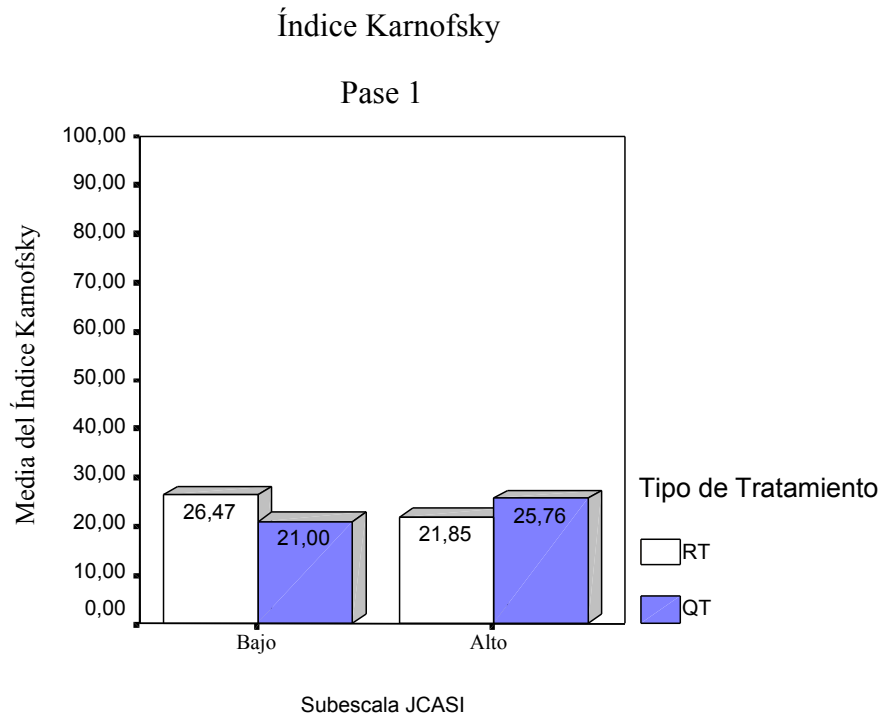
La tabla 8.16. y las gráficas 8.6., 8.7. y 8.8. muestran los resultados de Índice Karnofsky en los tres primeros pases en función del nivel de JCASI (alto y bajo). El perfil obtenido es similar al observado para las subescalas Estatus Social y Estatus Emocional del CVCP aunque inverso en lo que se refiere a las significaciones estadísticas.

En este caso, los pacientes con JCASI bajo que reciben RT son los que están peor (lo cual viene corroborado por el análisis de efectos simples con $p=0.026$ para el pase 1, $p<0.001$ para el pase 2, y $p=0.003$ para el pase 3). En cambio, en el grupo de pacientes con JCASI alto, no hay diferencias entre los grupos de tratamiento (con $p=0.055$ para el pase 1, $p=0.524$ para el pase 2, y $p=0.113$ para el pase 3).

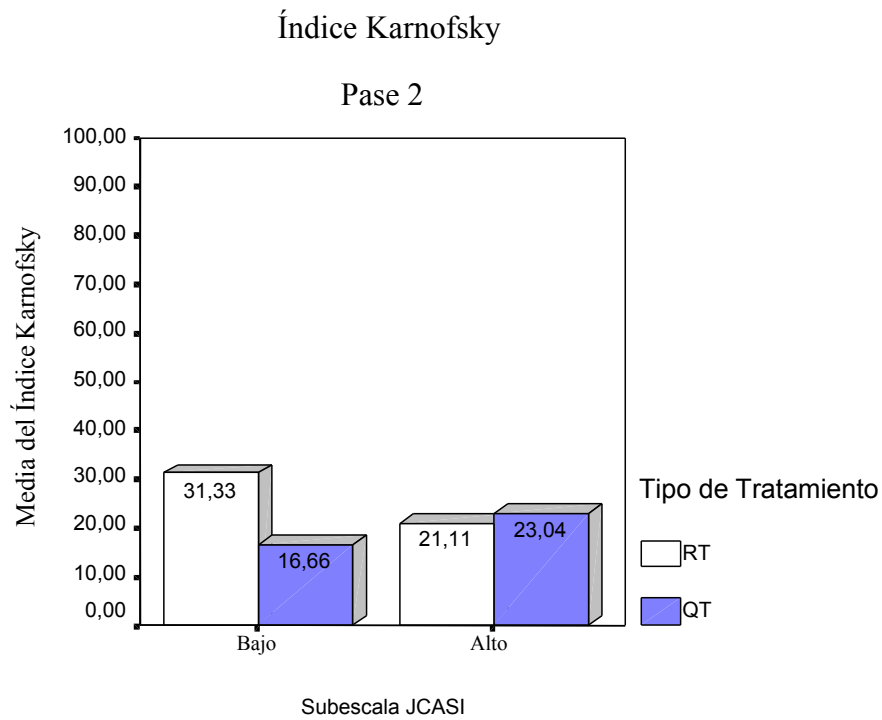
Tabla 8.16. Valores medios del Índice Karnofsky en los pases 1, 2 y 3 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Índice Karnofsky Pase 1					
	JCASI Bajo			JCASI Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	26.47	(4.93)	17	21.85	(7.86)	27
QT	21.00	(9.12)	20	25.76	(6.43)	26
	Índice Karnofsky Pase 2					
	JCASI Bajo			JCASI Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	31.33	(12.46)	15	21.11	(9.00)	18
QT	16.66	(7.67)	18	23.04	(9.26)	23
	Índice Karnofsky Pase 3					
	JCASI Bajo			JCASI Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	31.25	(9.91)	8	19.28	(8.29)	14
QT	18.33	(9.24)	18	24.76	(11.23)	21

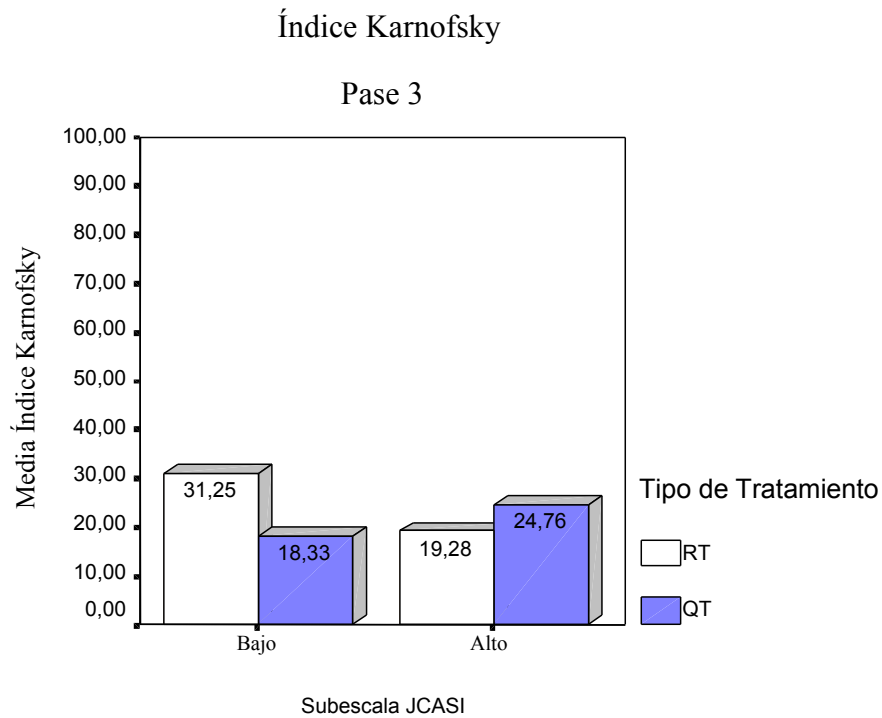
Gráfica 8.6. Valores medios del Índice Karnofsky en el pase 1 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT)



Gráfica 8.7. Valores medios del Índice Karnofsky en el pase 2 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



Gráfica 8.8. Valores medios del Índice Karnofsky en el pase 3 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

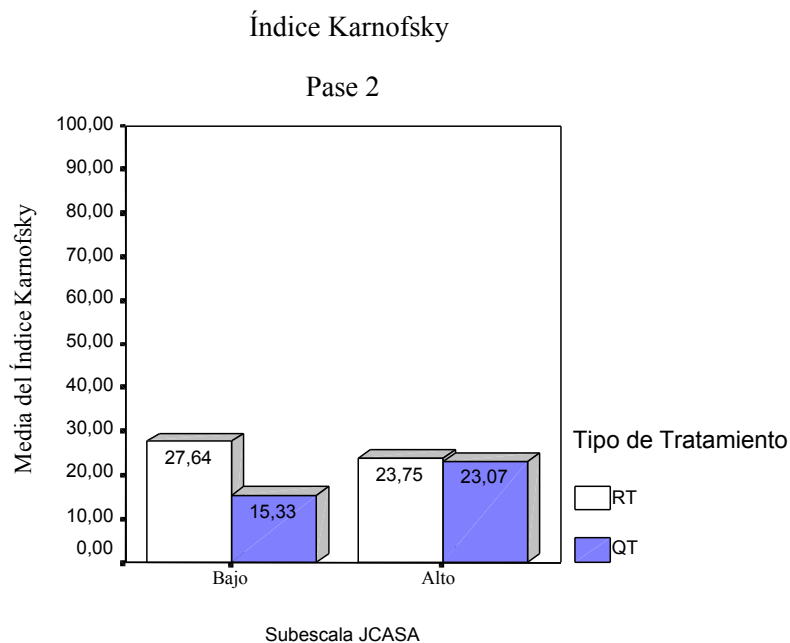


En la tabla 8.17. y en las gráficas 8.9. y 8.10. se muestran los resultados obtenidos con JCASA, observándose también una situación equivalente a las anteriormente descritas. En los pases 2 y 3, tienen peor índice Karnofsky los pacientes con JCASA bajo que reciben RT (lo cual viene corroborado por el análisis de efectos simples con $p=0.001$ para el pase 2 y $p=0.040$ para el pase 3). No observándose diferencias significativas entre los pacientes con JCASA alto (con $p=0.833$ para el pase 2 y $p=0.393$ para el pase 3).

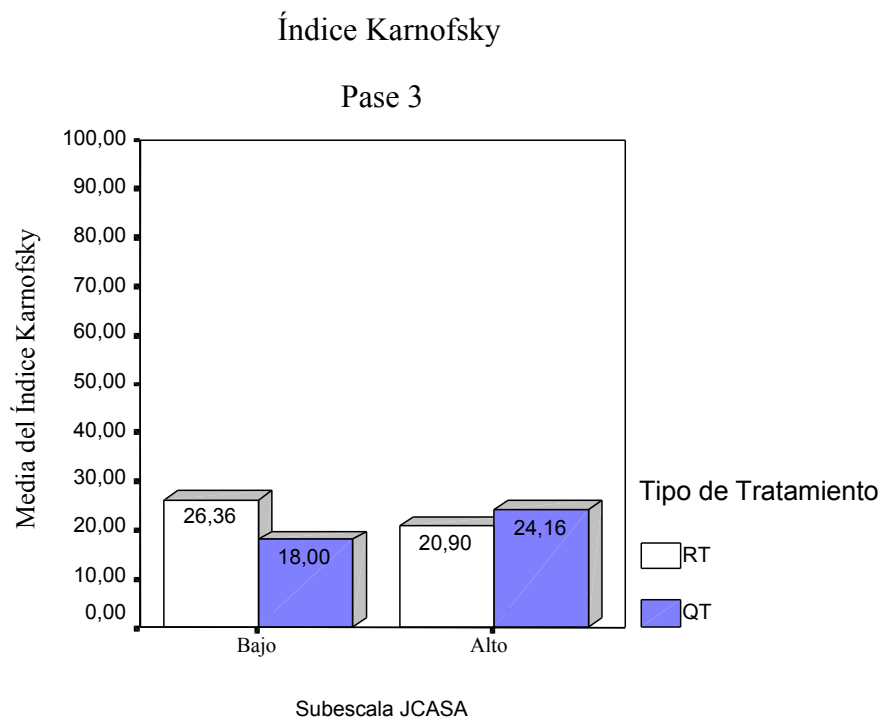
Tabla 8.17. Valores medios para la Escala Karnofsky en los pases 2 y 3 para JCASA (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Karnofsky Pase 2					
	JCASA Bajo			JCASA Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	27.64	(11.47)	17	23.75	(12.04)	16
QT	15.33	(7.43)	15	23.07	(8.84)	26
	Karnofsky Pase 3					
	JCASA Bajo			JCASA Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	26.36	(8.09)	11	20.90	(12.21)	11
QT	18.00	(11.46)	15	24.16	(9.74)	24

Gráfica 8.9. Valores medios del Índice Karnofsky en el pase 2 para JCASA (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



Gráfica 8.10. Valores medios del Índice Karnofsky en el pase 3 para JCASA (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



Globalmente, pues, parece observarse una paradoja: los resultados del Índice Karnofsky no coinciden con aquellas subescalas del CVCP con las que sería esperable que lo hiciera (subescalas estatus funcional y estatus sintomático) y, por otra parte, muestran unos patrones similares a los observados en las subescalas Estatus Emocional y Estatus Social. Comentaremos estos aspectos con más detalle en la discusión, aunque la discrepancia entre las subescalas Estatus Funcional, Estatus Sintomático y el Índice Karnofsky bien podría deberse a que las primeras son una valoración del propio paciente y el último una valoración del médico oncólogo.

8.2.3. Relación de los JCAS con los Ítems Clínicamente Relevantes

Cabe esperar que los ítems que hemos seleccionado conserven las mismas relaciones que las subescalas de las que forman parte y que la diferencia pueda estar en que, al ser aspectos clínicamente relevantes, muestren de manera más clara las relaciones observadas en el análisis por subescalas. Así, esperamos que el ítem “Dolor” muestre el mismo perfil que la subescala Estatus Sintomático; que los ítems “Estado de

Ánimo”, “Ansiedad” y “Miedo” muestren el mismo perfil que la subescala Estatus Emocional; y que el ítem “Valoración General del día” muestre el mismo perfil que alguna de las subescalas anteriores, aún cuando, a priori, no podamos saber exactamente con cuál de ellas.

1) Ítem “Dolor”

Como puede verse en la tabla 8.18., este ítem muestra un comportamiento similar al de la subescala Estatus sintomático (ver tabla 8.8.), por lo que consideramos que existe un efecto debido al tipo de tratamiento que indica que los pacientes que reciben RT tienen mayor intensidad de dolor que los que reciben QT (ver tabla 8.19.).

Tabla 8.18. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado del ítem “Dolor” para los tres JCAS en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

DOLOR	JCASI- Grupo	JCASE- Grupo	JCASA- Grupo
Pase 1			
Pase 2	P= 0.009	Int.= 0.036	P= 0.020
Pase 3	P= 0.003	P= 0.007	P= 0.005
Pase 4	Int.= 0.000	P= 0.010	P= 0.011

Tabla 8.19. Valores medios del ítem “Dolor” en los pases 2, 3 y 4 en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

DOLOR	Pase 2			Pase 3			Pase 4		
	x	sd	n	x	sd	n	x	sd	n
RT	30.76	(28.21)	33	31.91	(29.36)	22	36.53	(34.19)	19
QT	15.45	(24.20)	42	12.38	(21.66)	40	13.48	(23.12)	29

2) Ítem “Ansiedad”

Tal como indica la tabla 8.20., y si la comparamos con la tabla 8.10., los resultados del ítem “Ansiedad” son prácticamente similares a los observados para el global de la

8. Análisis de los Objetivos planteados en esta Investigación

subescala Estatus Emocional. Al igual que hicimos con dicha subescala, ignoraremos los resultados obtenidos con JCASA y analizaremos por separado los obtenidos con JCASI y JCASE para tratar de encontrar una estructura coherente en los mismos. En el pase 1, los pacientes que van a recibir RT muestran menor malestar emocional que los pacientes que van a recibir QT ($x(RT)=24.49$; $x(QT)=42.77$). La tabla 8.21. y la gráfica 8.11. muestran los resultados para JCASI en el pase 2, mientras que la tabla 8.22. y la gráfica 8.12. nos los muestran para JCASE en ese mismo pase.

En el pase 2 vemos que los grupos que tienen más ansiedad son: los sujetos que reciben RT con JCASI bajo y que reciben QT con JCASI alto, éste último grupo sin llegar a ser significativo.

Tabla 8.20. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado del ítem “Ansiedad” para los tres JCAS en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

ANSIEDAD	JCASI - Grupo	JCASE - Grupo	JCASA - Grupo
Pase 1	p= 0.020	P= 0.048	P= 0.022
Pase 2	Int.= 0.009	Int.= 0.001	
Pase 3			
Pase 4			

Tabla 8.21. Valores medios del ítem “Ansiedad” en el pase 2 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Ansiedad Pase 2					
	JCASI Bajo			JCASI Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	42.93	(34.28)	15	13.38	(16.19)	18
QT	22.16	(21.98)	18	24.43	(25.90)	23

Gráfica 8.11. Valores medios del ítem "Ansiedad" en el pase 2 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

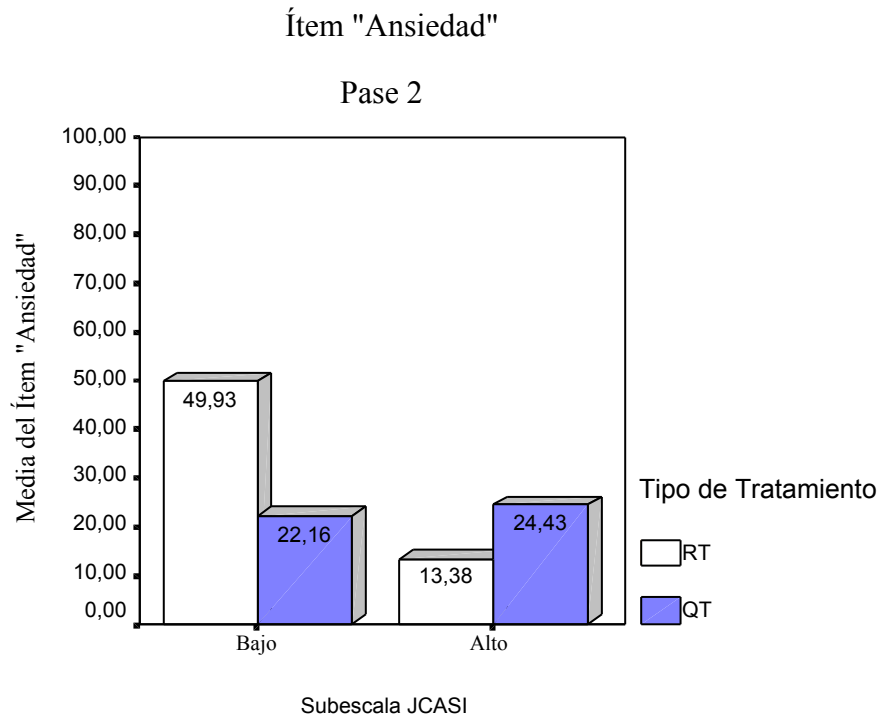
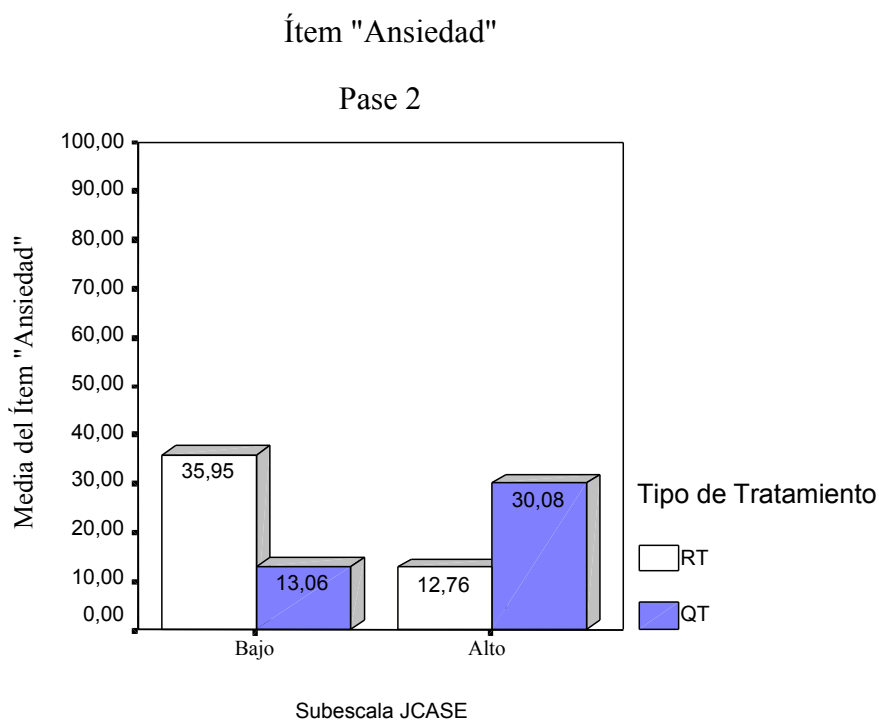


Tabla 8.22. Valores medios del ítem "Ansiedad" en el pase 2 para JCASE (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Ansiedad Pase 2					
	JCASE Bajo			JCASE Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	35.95	(33.42)	20	12.76	(14.71)	13
QT	13.06	(18.22)	16	30.08	(25.18)	25

Gráfica 8.12. Valores medios del ítem "Ansiedad" en el pase 2 para JCASE (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



Una vez más, en el pase 2 para JCASI observamos el mismo patrón de interacciones que hemos detectado en el global de la subescala, aunque invirtiendo las significaciones: las puntuaciones son mayores en los pacientes con JCASI bajo que reciben RT (con $p=0.020$), no existiendo diferencias significativas entre los pacientes con JCASI alto (con $p=0.165$).

Para el JCASE, ocurre lo mismo: tienen mayor ansiedad los que muestran un nivel bajo y reciben RT (con $p=0.008$), y los que tienen un JCASE alto y reciben QT, alcanzándose en este caso la significación (con $p=0.047$).

3) Ítem "Estado de Ánimo"

La tabla 8.23. indica que, al igual que ocurría con la subescala Estatus Emocional (ver tabla 8.10.), los resultados son bastante irregulares. Por las mismas razones que hemos argumentado, al analizar la subescala Estatus Emocional, consideraremos también aquí, que podemos ignorar los resultados obtenidos con JCASA; que los

obtenidos con JCASI son coherentes; y que los obtenidos con JCASE son, aparentemente incoherentes, y que los supeditaremos al análisis previo de los JCASI.

Tabla 8.23. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado del ítem “Estado de Ánimo” para los tres JCAS en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

Estado de Ánimo	JCASI - Grupo	JCASE - Grupo	JCASA - Grupo
Pase 1	Int.= 0.005	P= 0.037	P= 0.021
Pase 2	Int.= 0.037	Int.= 0.049	
Pase 3			
Pase 4	Int.= 0.028	Pjcase= 0.034	

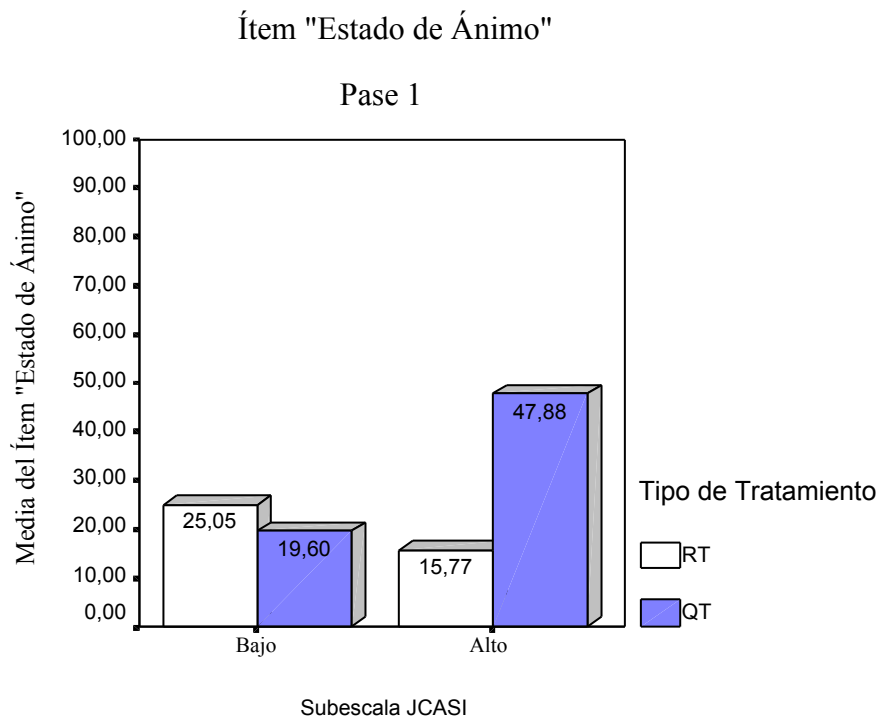
La tabla 8.24. y las gráficas 8.13., 8.14. y 8.15. muestran los resultados observados en JCASI.

Tabla 8.24. Valores medios del ítem “Estado de Ánimo” en los pases 1, 2 y 4 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

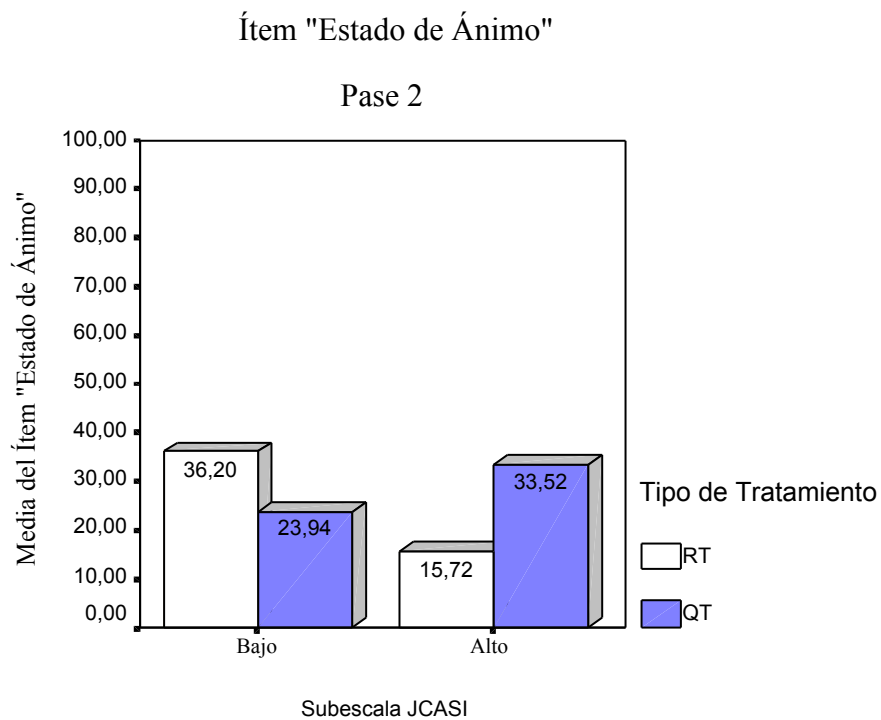
	Estado de Ánimo Pase 1					
	JCASI Bajo			JCASI Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	25.05	(29.93)	17	15.77	(23.91)	27
QT	19.60	(22.83)	20	47.88	(39.49)	26
	Estado de Ánimo Pase 2					
	JCASI Bajo			JCASI Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	36.20	(36.59)	15	15.72	(19.12)	18
QT	23.94	(30.11)	18	33.52	(32.02)	23
	Estado de Ánimo Pase 4					
	JCASI Bajo			JCASI Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	51.0	(35.55)	5	17.78	(29.78)	14
QT	17.07	(20.25)	13	24.26	(28.19)	15

8. Análisis de los Objetivos planteados en esta Investigación

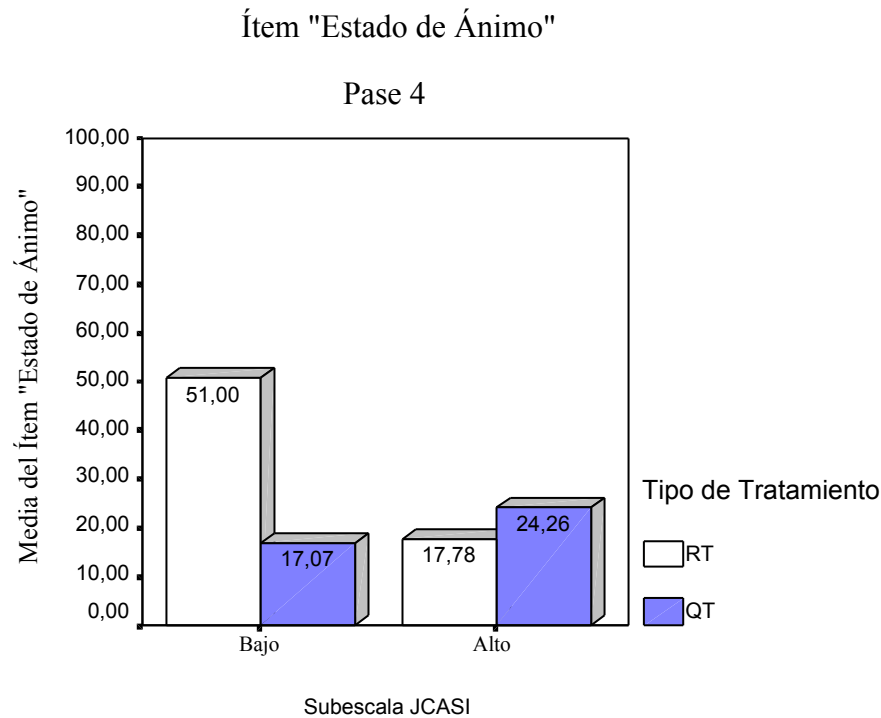
Gráfica 8.13. Valores medios del ítem "Estado de Ánimo" en el pase 1 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



Gráfica 8.14. Valores medios del ítem "Estado de Ánimo" en el pase 2 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



Gráfica 8.15. Valores medios del ítem “Estado de Ánimo” en el pase 4 para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



Con la cautela que, en todo momento, nos obliga a tomar el número dispar de casos que, en cada grupo se da a lo largo de los diferentes pases, podemos afirmar que los resultados observados con el ítem “Estado de Ánimo” muestran que la evolución de los pacientes con JCASI alto o bajo a lo largo de los pases es diferente aunque mantenga un perfil parecido al de la subescala. Los pacientes con JCASI alto que van a recibir QT son los más alterados antes de iniciar el tratamiento (con $p < 0,001$ en el pase 1), mientras que al final del estadio son los pacientes con JCASI bajo que reciben RT los que se encuentran peor (con $p = 0,024$ para el pase 4). En el resto de casos, no hay diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,584$ para el JCASI bajo en el pase 1; $p = 0,246$ para el JCASI bajo en el pase 2; $p = 0,063$ para JCASI alto en el pase 2; y $p = 0,530$ para JCASI alto en el pase 4).

Los resultados que se observan con JCASE son difíciles de interpretar. Por un lado, en el pase 1, se replican los efectos observados para el total de la subescala Estatus Emocional, mostrando peor nivel emocional en los pacientes que reciben QT ($x(RT) = 18,93$; $x(QT) = 35,89$). Por otro lado, la interacción observada en el pase 2 es

8. Análisis de los Objetivos planteados en esta Investigación

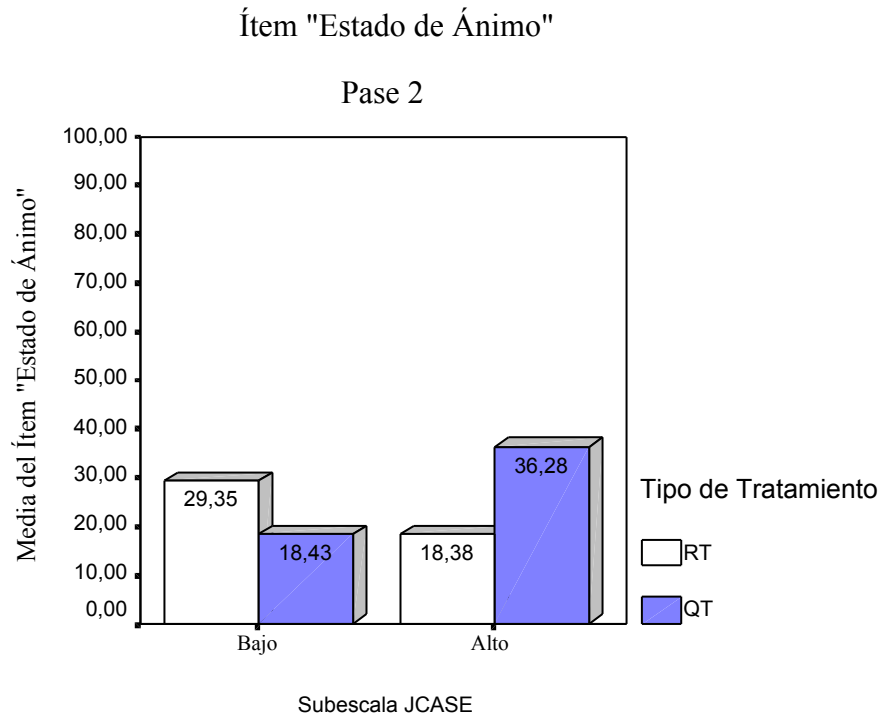
similar a la observada para JCASI en el pase 2 y para la subescala Estatus Emocional para JCASE en el pase 2 (ver tabla 8.25. y la gráfica 8.16.), sin existir tampoco diferencias estadísticamente significativas (con $p=0.283$ para JCASE bajo y $p=0.086$ para JCASE alto). Hasta aquí, los resultados son similares a los observados en los análisis que hemos desarrollado previamente. Pero el resultado obtenido en el pase 4 que indica un efecto significativo del factor JCASE, pensamos que introduce una posible distorsión. No obstante, el hecho de que ésta sea la única ocasión en que uno de los JCAS muestra un efecto significativo y el hecho de que lo haga en el último pase, cuando hay el menor número de sujetos, nos induce a creer que se trata de un efecto espurio que no revela ninguna consistencia.

Consideramos, pues, que podemos ignorar este resultado (de acuerdo con lo indicado al inicio de este apartado 8.2., y de forma similar a como lo hemos hecho con el JCASA), ya que el perfil de los pases 1 y 2 y la interpretación que del mismo hemos dado es la forma adecuada de llevar a cabo una ponderación global de los resultados obtenidos con el JCASE, sin que ello ofrezca, desgraciadamente, una imagen clara e inequívoca del papel que puede jugar esta variable psicológica.

Tabla 8.25. Valores medios del ítem “Estado de Ánimo” en el pase 2 para JCASE (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Estado de Ánimo Pase 2					
	JCASE Bajo			JCASE Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	29.35	(34.78)	20	18.38	(19.28)	13
QT	18.43	(23.54)	16	36.28	(33.84)	25

Gráfica 8.16. Valores medios del ítem “Estado de Ánimo” en el pase 2 para JCASE (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT)



4) Ítem “Miedo”

Los resultados expresados en la tabla 8.26. indican que el ítem “Miedo” muestra un patrón irregular. En principio, podríamos considerar que todos los efectos son espurios, ya que ningún JCAS muestra un efecto repetido a lo largo de los pases. No obstante, vale la pena exponer los resultados que se obtienen a fin de ver si son compatibles con los anteriormente expuestos, lo cual será comentado debidamente en la discusión. Así, en el pase 2, los pacientes que reciben QT muestran más miedo que los que reciben RT ($x(RT)=27.52$); $x(QT)=32.74$). En el pase 1, en cambio, el perfil que adquieren las interacciones es distinto al observado hasta ahora en los ítems “Ansiedad” y “Estado de Ánimo” y en la subescala Estatus Emocional, lo que demuestra que, quizá, el ítem “Miedo” tenga un comportamiento diferente al de los otros ítems relevantes de la subescala. Así, para JCASE (ver tabla 8.27. y gráfica 8.17.), no hay diferencias significativas ni en JCASE alto (con $p=0.201$) ni para JCASE bajo (con $p=0.103$). En cambio, si se observa una diferencia significativa en JCASA bajo (con $p=0.048$) pero no en JCASA alto (con $p=0.233$). La tabla 8.28. y la gráfica 8.18. ilustran estos resultados. De todas formas, sí que observamos que tanto

8. *Análisis de los Objetivos planteados en esta Investigación*

en JCASE como en JCASA altos y bajos la tendencia del grupo que recibe QT es el empeoramiento.

Como en los anteriores casos, comentaremos estos resultados aparentemente dispares en la discusión.

Tabla 8.26. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado del ítem "Miedo" para los tres JCAS en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

Miedo	JCASI – Grupo	JCASE - Grupo	JCASA - Grupo
Pase 1		Int.= 0.040	Int.= 0.024
Pase 2	P= 0.010		
Pase 3			
Pase 4			

Tabla 8.27. Valores medios del ítem "Miedo" en el pase 1 para JCASE (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Miedo Pase 1					
	JCASE Bajo			JCASE Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	21.56	(28.57)	25	27.73	(32.74)	19
QT	39.72	(31.81)	18	41.39	(44.39)	28

Gráfica 8.17. Valores medios del ítem "Miedo" en el pase 1 para JCASE (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

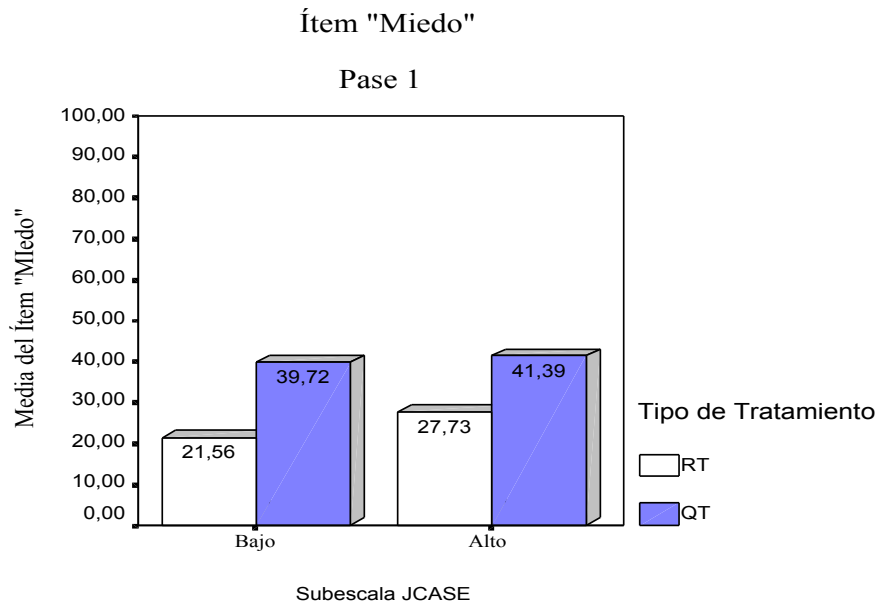
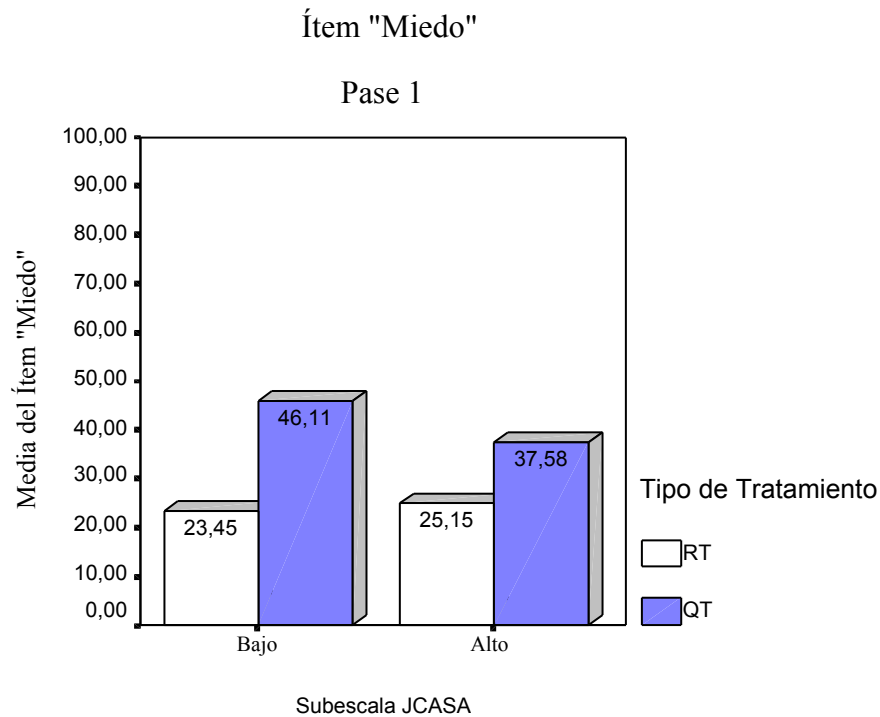


Tabla 8.28. Valores medios del ítem "Miedo" en el pase 1 para JCASA (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Miedo Pase 1					
	JCASA Bajo			JCASA Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	23.45	(28.02)	24	25.15	(33.41)	20
QT	46.11	(38.79)	17	37.58	(40.35)	29

Gráfica 8.18. Valores medios del ítem "Miedo" en el pase 1 para JCASA (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



5) Ítem "Valoración General del día"

Contrariamente a lo esperado, este ítem no ha mostrado ningún efecto significativo en ninguno de los cuatro pases. Podría ocurrir que este ítem dependa de la subescala funcional (que es la única de las cuatro subescalas que tampoco ha mostrado efectos en función de las variables que estamos analizando) y no de las otras, lo que justificaría el resultado, pero no parece que, según la lógica del CVCP, tenga que ser

así. Volveremos a comentar las características de este ítem (y su ausencia de resultados en los presentes análisis) en el capítulo dedicado a la discusión.

8.2.4. Relación de los JCAS con la Supervivencia

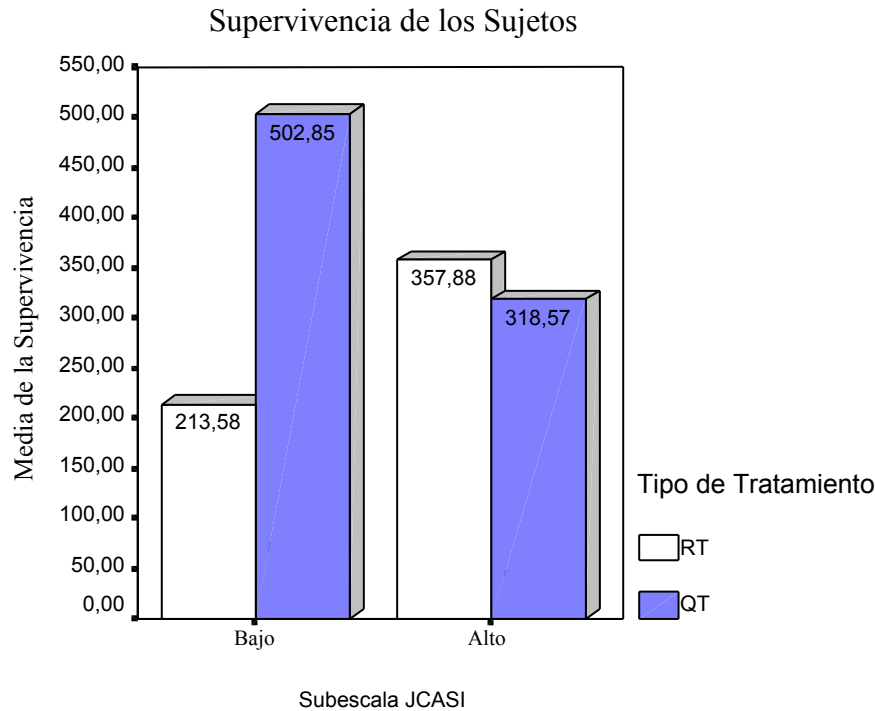
Al realizar el Análisis de la Varianza de los JCAS con la Supervivencia sólo hemos encontrado un resultado estadísticamente significativo, hallando una interacción de JCASI con el tipo de tratamiento (con $p=0.036$). Sin embargo, no hemos encontrado ninguna relación significativa de JCASE con la Supervivencia ni tampoco de JCASA con ésta.

La tabla 8.29. y la gráfica 8.19. muestran que los pacientes que tienen una mayor supervivencia son los que tienen un JCASI bajo y reciben QT (con $p=0.017$), sin embargo, no existen diferencias significativas entre los pacientes con JCASI alto (con $p=0.692$). Este resultado, aunque sea interesante, debe ser tomado con cautela y lo valoraremos ampliamente en la discusión.

Tabla 8.29. Valores medios de la “Supervivencia” con JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Supervivencia					
	JCASI Bajo			JCASI Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	213.58	(163.44)	17	357.88	(388.88)	27
QT	502.85	(509.22)	20	318.57	(270.44)	26

Gráfica 8.19. Valores medios de la “Supervivencia” para JCASI (alto y bajo) y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



8.3. OBJETIVO 3:

ELABORACIÓN DEL JCGAS Y LA RELACIÓN DE ÉSTE CON EL CVCP, EL ÍNDICE KARNOFSKY, LOS ÍTEMES CLÍNICAMENTE RELEVANTES Y LA SUPERVIVENCIA

En el capítulo 4, hemos planteado como objetivo 3 el análisis de la relación entre un Juicio de Control General de los Agentes de Salud (JCGAS) y las variables contempladas en esta investigación y hemos asumido al igual que De Valck y Vinck (1996), que sería posible postular una “suma” de juicios de control que nos permitiría ver de forma más clara y consistente lo que los análisis de los JCAS (objetivo 2) nos hubieran mostrado. A partir de lo observado en el apartado 8.2. al analizar dicha cuestión, no parece que los resultados hayan corroborado la idea de que los JCAS elevados coincidan con mejores índices de bienestar, por lo que quizá podemos intuir que un JCGAS no tiene por qué clarificar más esa cuestión.

Al margen de ello, tenemos un problema previo que es la construcción de ese supuesto JCGAS ya que si, intuitivamente, éste podría definirse como la suma de los JCAS internos y externos (que están, más o menos, claramente definidos) y la resta del JCASA (sobre el que se presupone que subyace una noción de incontrolabilidad), no podemos asumir que esto sea así, ya que podría ocurrir (como comentaremos más adelante en la discusión) que sea compatible tener elevados juicios de control internos y externos con elevados juicios de control en azar (asumiendo que éste refleja la creencia en un poder no humano, como el que se puede atribuir a creencias religiosas, que efectivamente sea igualmente capaz de solucionar los problemas de salud). Por lo tanto, construiremos un JCGAS que por un lado agrupe los juicios de control sobre agentes de salud JCASI y JCASE y que, por otro, al mismo tiempo se contraponga al juicio de control de azar (JCASA).

De esta forma, procederemos de modo similar al apartado 8.2., analizando el papel del JCGAS en las variables de bienestar y calidad de vida junto con el que puedan aportar el tipo de tratamiento médico recibido y el JCASA.

Describiremos a continuación qué características posee el JCGAS y, después, realizaremos los Análisis de Varianza sobre el CVCP, el Karnofsky, los Ítems Clínicamente Relevantes y la Supervivencia, de forma similar a la presentada en el apartado 8.2.

En las tablas indicaremos los valores “p” junto a cada una de las posibles interacciones o factores simples cuando dicha “p” tenga valores inferiores a 0.05. Igualmente utilizaremos en todo momento la “F” conservadora.

8.3.1. Elaboración del constructo JCGAS

Una vez sumados los valores de JCASI y JCASE (lo que nos da un rango de puntuaciones entre 4 y 16), la nueva escala obtenida arroja un valor Alfa de Cronbach de 0.60 (que consideramos aceptable, aunque no enteramente satisfactorio) y una distribución de puntuaciones que queda reflejada en la tabla 8.30. A partir de la misma, y manteniendo el mismo criterio que el utilizado para establecer los JCASI y

JCASE altos y bajos, separaremos a los individuos que muestran la puntuación máxima de la escala del resto de pacientes. Así, consideramos que los individuos con JCGAS alto son aquellos que puntúan 16 (el 38.9% de la muestra), quedando el resto de pacientes como individuos con JCGAS bajo.

Tabla 8.30. *Distribución de puntuaciones del JCGAS.*

Valores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
8	1	1.1	1.1
10	3	3.3	4.4
11	3	3.3	7.8
12	9	10.0	17.8
13	13	14.4	32.2
14	11	12.2	44.4
15	15	16.7	61.1
16	35	38.9	100
Total	90	100	

8.3.2. **Relación del JCGAS con el CVCP, el Índice Karnofsky, los Ítems Clínicamente Relevantes y la Supervivencia**

Para analizar la relación de JCGAS y JCASA con las variables dependientes de nuestro estudio: la CVCP, el Índice Karnofsky, los ítems Clínicamente Relevantes y la Supervivencia, utilizaremos el Análisis de la Varianza mediante un diseño 2x2x2 en el que incluiremos el tipo de tratamiento (QT y RT), los dos niveles de JCGAS (alto y bajo) y los dos niveles de JCASA (alto y bajo). De esta forma presentaremos los resultados considerando la variable Grupo, la variable JCGAS y la variable JCASA en relación a la variable dependiente correspondiente. En aquellos casos en los que consideremos necesario completar esos resultados recurriremos a las comparaciones de medias (cuando exista un efecto debido al grupo de tratamiento o al JCGAS o al JCASA) o al análisis de efectos simples (cuando haya interacciones significativas).

En líneas generales, esperamos que las variables manifiesten sus efectos (en caso de que existan) de manera consistente, esto es, que los resultados se repliquen a lo largo de los pases y/o entre JCGAS y JCASA. En este caso, y a lo largo de los apartados siguientes, comentaremos las razones que nos llevan a considerar que hay un efecto consistente o bien un resultado espurio.

8.3.2.1. Relación del JCGAS con el CVCP

1) Subescala Estatus Sintomático

Respecto a la subescala Estatus Sintomático (ver tabla 8.31.), se observa un efecto del tipo de tratamiento en los pases 3 y 4, lo cual casi coincide con lo observado al analizar los JCAS por separado en el apartado 8.2.1. pues en este caso también se obtenía un efecto en el pase 2, por lo que los comentarios allí formulados son igualmente aplicables al presente caso.

Tabla 8.31. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado del JCGAS con la subescala Estatus Sintomática en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

Subescala Estatus Sintomático	Grupo	JCGAS	JCGAS – Grupo	JCGAS -JCASA
Pase 1				
Pase 2				
Pase 3	P= 0.018			
Pase 4	P= 0.017			

2) Subescala Estatus Funcional

Al igual que en el apartado 8.2.1., no hemos encontrado ninguna relación significativa con la subescala Estatus Funcional.

3) Subescala Estatus Emocional

En la subescala Estatus Emocional se observan resultados poco consistentes (ver tabla 8.32.). Únicamente la interacción del pase 2 reproduce lo observado en el apartado 8.2.1. para esta subescala. La tabla 8.33. y la gráfica 8.20. indican que los pacientes con JCGAS alto que reciben QT están emocionalmente peor que los que reciben RT (con $p=0.022$), no existiendo diferencias en los pacientes con JCGAS bajo (con $p=0.194$).

Por otro lado, en el pase 1, la estadística nos indica que los pacientes que están emocionalmente peor son los que van a recibir QT y, por otro lado, los que tienen un JCGAS alto (los pacientes con JCGAS alto tienen un valor medio de 45.77 y los pacientes con un JCGAS bajo, un valor medio de 17.99).

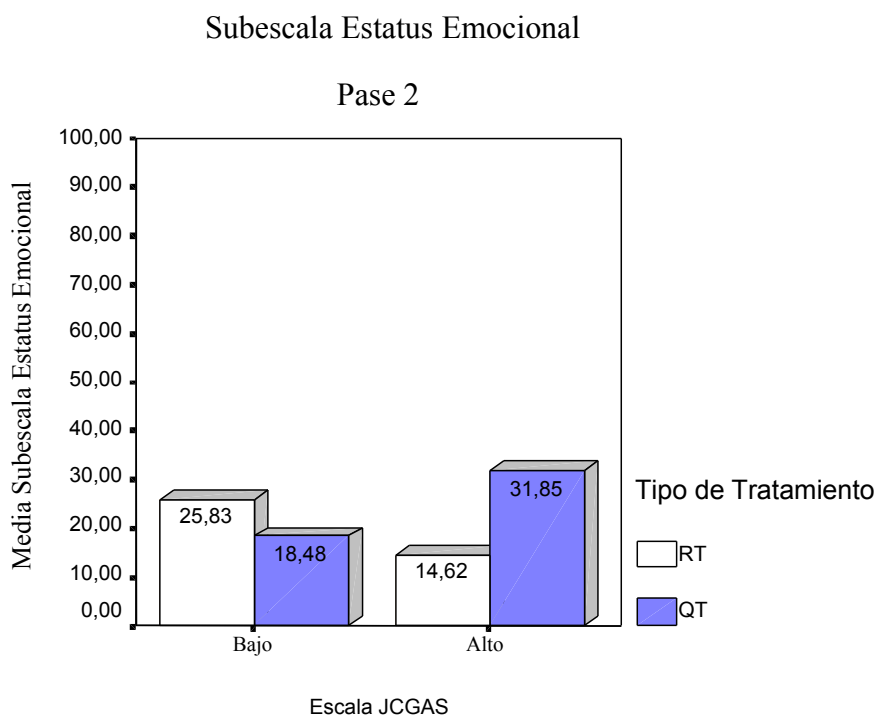
Tabla 8.32. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado del JCGAS con la subescala Estatus Emocional en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

Subescala Estatus Emocional	Grupo	JCGAS	JCGAS - Grupo	JCGAS - JCASA
Pase 1	P= 0.004	P= 0.044		
Pase 2			P= 0.011	
Pase 3				
Pase 4				

Tabla 8.33. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con la subescala Estatus Emocional en el pase 2 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Subescala Estatus Emocional Pase 2					
	JCGAS Bajo			JCGAS Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	25.83	(23.53)	22	14.62	(11.48)	11
QT	18.48	(15.48)	24	31.85	(20.55)	17

Gráfica 8.20. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con la subescala Estatus Emocional en el pase 2 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



4) Subescala Estatus Social

Por último, y al igual que ha ocurrido con la subescala Estatus Funcional, tampoco se encuentra ninguna relación significativa en la subescala Estatus Social, a diferencia de lo observado en el apartado 8.2.1. para esta misma subescala.

8.3.2.2. Relación del JCGAS con el Índice Karnofsky

Tal como indica la tabla 8.34., los resultados en el caso del JCASA son similares a los encontrados en el apartado 8.2.2. al analizar los JCGAS por separado ya que sigue observándose la interacción entre JCASA y el tipo de tratamiento. Respecto al JCGAS, los resultados no equivalen a los obtenidos con JCASI en el pase 1 ya que el análisis de efectos simples no detecta diferencias significativas (con $p=0.172$ para JCGAS bajo y $p=0.063$ para JCGAS alto) pero sí en el pase 2, donde siguen estando peor los pacientes con JCGAS bajo que reciben RT (con $p=0.002$) no existiendo

diferencias para los pacientes con JCGAS alto ($p=0.714$). Las tablas 8.35. y 8.36. y las gráficas 8.21. y 8.22. ilustran estos resultados. Diremos que, en líneas generales, los comentarios expuestos en el apartado 8.2.2. son también aplicables aquí, pues para JCASA también se obtienen las mismas interacciones obtenidas con las JCAS por separado.

Tabla 8.34. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado del JCGAS con el Índice Karnofsky en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

Karnofsky	Grupo	JCGAS	JCGAS - Grupo	JCASA - Grupo	JCGAS - JCASA
Pase 1			P= 0.031		
Pase 2	P= 0.043		P= 0.043	P= 0.011	
Pase 3				P= 0.024	
Pase 4					

Tabla 8.35. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con el Índice Karnofsky en el pase 1 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Karnofsky Pase 1					
	JCGAS Bajo			JCGAS Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	25.41	(5.73)	28	20.00	(8.97)	16
QT	22.96	(8.69)	27	24.74	(6.97)	19

8. Análisis de los Objetivos planteados en esta Investigación

Gráfica 8.21. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con el Índice Karnofsky en el pase 1 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

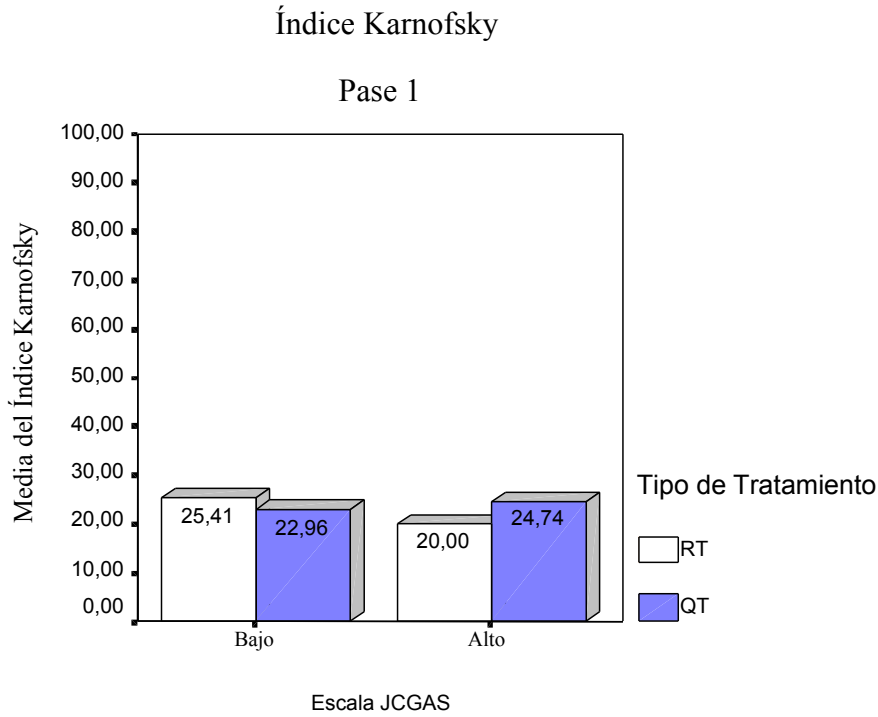
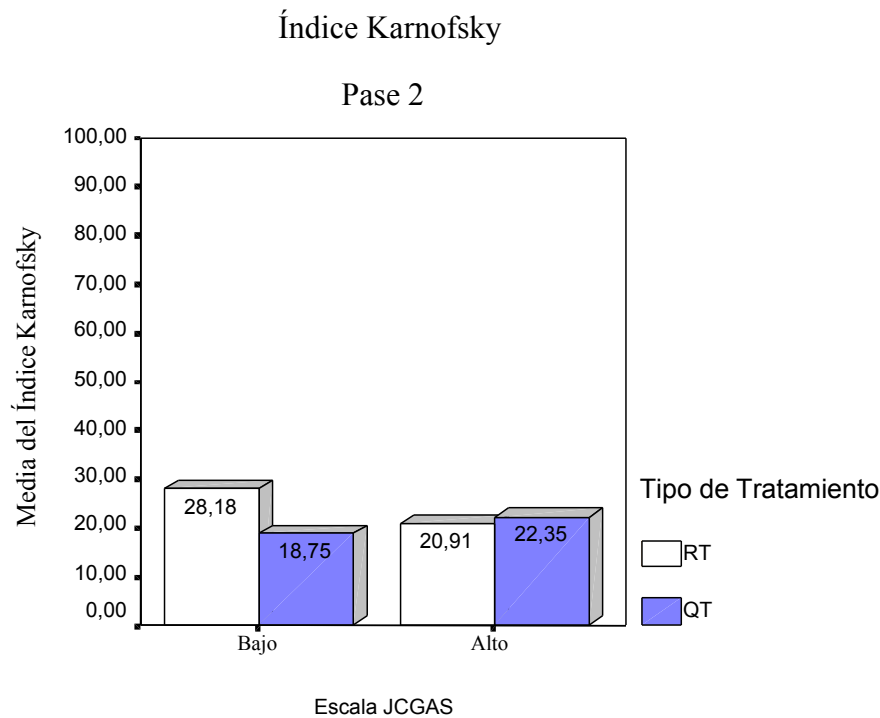


Tabla 8.36. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con el Índice Karnofsky en el pase 2 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Karnofsky Pase 2					
	JCGAS Bajo			JCGAS Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	28.18	(12.20)	22	20.91	(9.44)	11
QT	18.75	(8.99)	24	22.35	(9.03)	17

Gráfica 8.22. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con el Índice Karnofsky en el pase 2 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



8.3.2.3. Relación del JCGAS con los Ítems Clínicamente Relevantes

1) Ítem “Dolor”

Respecto al ítem “Dolor”, los resultados son menos claros que los observados en el apartado 8.2.3. (ver tabla 8.37.). Únicamente en los pases 3 y 4 se observa el efecto exclusivo del tipo de tratamiento, que reproduce lo observado en el subapartado 8.3.2.1. al analizar la subescala Estatus Sintomático. Lo que se detecta en el pases 1 y 2 nos parece poco consistente y además, de difícil interpretación.

No obstante, el resultado del pase 2 es similar al observado en el análisis del índice Karnofsky (apartado 8.3.2.2.) mostrando mayor dolor los pacientes con JCGAS bajo y que reciben RT (con $p=0.004$), y no existiendo diferencias para los pacientes con JCGAS alto (con $p=0.923$) (ver tabla 8.38. y gráfica 8.23.). Por otro lado, en el pase

8. Análisis de los Objetivos planteados en esta Investigación

1 los pacientes con JCGAS alto muestran más dolor ($x=36.91$) que los pacientes con JCGAS bajo ($x=26.18$). Finalmente, la interacción observada entre el JCGAS y JCASA del pase 1 nos atreveríamos a considerarla espuria.

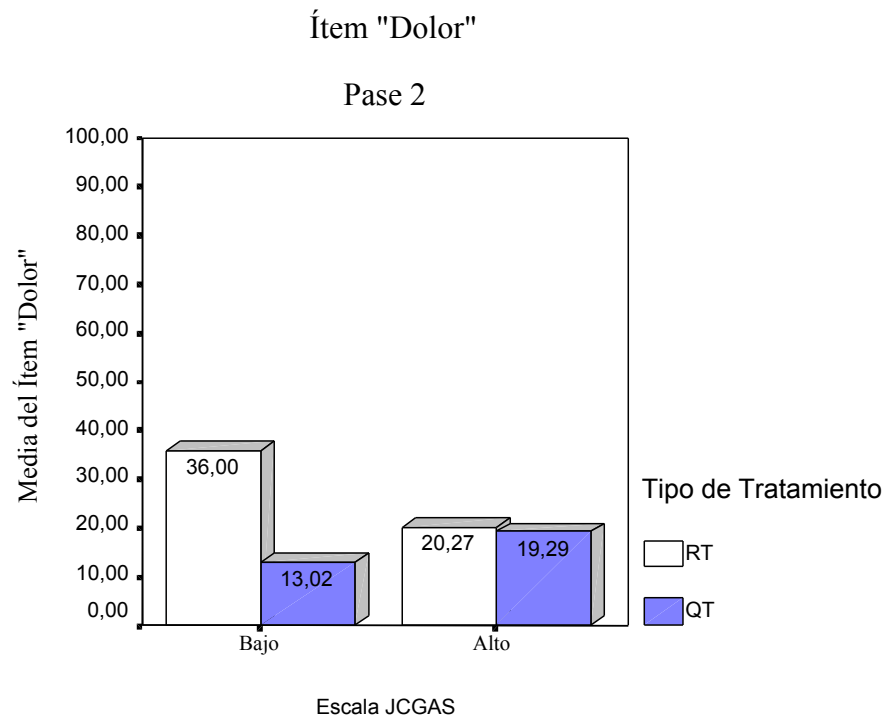
Tabla 8.37. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado del JCGAS con el ítem “Dolor” en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

DOLOR	Grupo	JCGAS	JCGAS - Grupo	JCGAS - JCASA
Pase 1		P= 0.042		P= 0.006
Pase 2			P= 0.032	
Pase 3	P= 0.012			
Pase 4	P= 0.025			

Tabla 8.38. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con el ítem “Dolor” en el pase 2 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Dolor Pase 2					
	JCGAS Bajo			JCGAS Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	36.00	(25.01)	22	20.27	(24.44)	11
QT	13.02	(21.15)	24	19.29	(28.81)	17

Gráfica 8.23. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con el ítem "Dolor" en el pase 2 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



2) Ítem "Ansiedad"

La tabla 8.39. muestra los resultados respecto al ítem Ansiedad. En este caso, los resultados no son tan similares a los anteriormente observados. Aunque en el pase 2 (ver tabla 8.40. y gráfica 8.24.) se sigue observando que la interacción va en el mismo sentido que la observada en la subescala Estatus Emocional. El análisis de efectos simples no detecta diferencias significativas (con $p=0.053$ para JCGAS bajo y $p=0.098$ para JCGAS alto).

En el pase 1, el efecto del tipo de tratamiento es idéntico al indicado en el apartado 8.2.3., mientras que el efecto del JCGAS indica que los pacientes con JCGAS alto tienen mayor ansiedad ($x=45.77$) que los pacientes con JCGAS bajo ($x=25.95$).

Los resultados del pase 3, indican la existencia de una interacción triple (con $p=0.005$). Sin embargo, la consideraremos espuria, pues siguiendo el mismo criterio que en el apartado 8.2., no se repite ninguna otra vez.

8. Análisis de los Objetivos planteados en esta Investigación

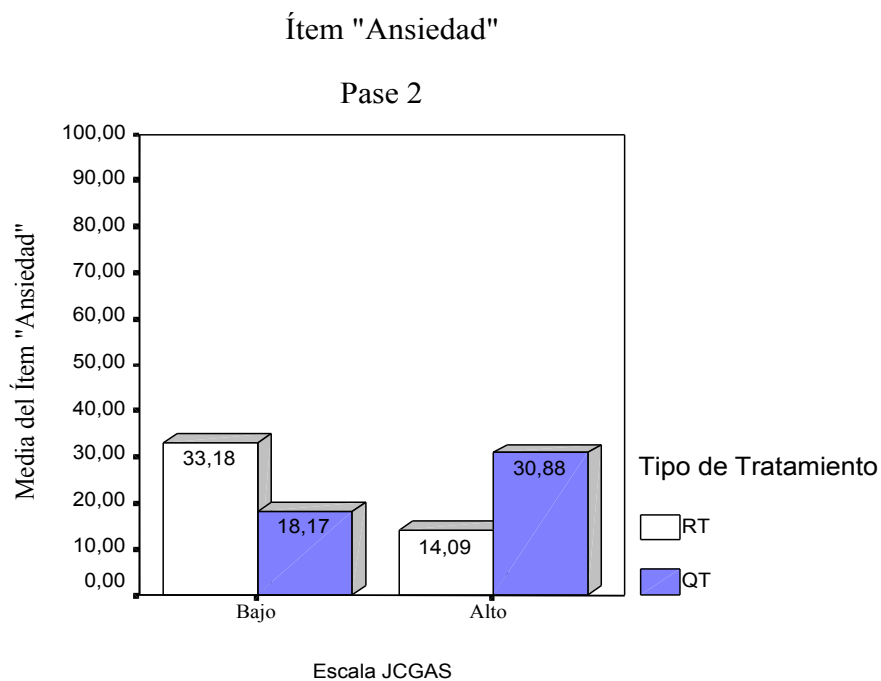
Tabla 8.39. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado del JCGAS con el ítem "Ansiedad" en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

Ansiedad	Grupo	JCGAS	JCGAS - Grupo	JCGAS - JCASA - Grupo
Pase 1	P= 0.022	P= 0.009		
Pase 2			P= 0.012	
Pase 3				P= 0.005
Pase 4				

Tabla 8.40. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con el ítem "Ansiedad" en el pase 2 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Ansiedad Pase 2					
	JCGAS Bajo			JCGAS Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	33.18	(33.03)	22	14.09	(15.59)	11
QT	18.17	(20.81)	24	30.88	(26.75)	17

Gráfica 8.24. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con el ítem "Ansiedad" en el pase 2 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



3) Ítem “Estado de Ánimo”

En los resultados del ítem “Estado de Ánimo” (ver tabla 8.41.) replican de forma similar los observados en el análisis individualizado de los JCAS, ya que siguen detectando la misma interacción que la observada en el apartado 8.2.3. (ver tabla 8.42. y gráfica 8.25.), con resultados significativos en el pase 1, estando más afectados los pacientes con JCGAS alto que van a recibir QT (con $p=0.001$), y no existiendo diferencias en el JCGAS bajo (con $p=0.789$).

Los resultados en el pase 2 (ver tabla 8.43. y gráfica 8.26.), al igual que ocurría al analizar el papel del JCASI en el apartado 8.2.3., tampoco indican la existencia de diferencias significativas entre los dos niveles del JCGAS (con $p=0.464$ para JCGAS bajo y $p=0.074$ para JCGAS alto).

Tabla 8.41. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado del JCGAS con el ítem “Estado de Ánimo” en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

Estado de Ánimo	Grupo	JCGAS	JCGAS – Grupo	JCGAS - JCASA
Pase 1	P= 0.005	P= 0.048	P= 0.015	
Pase 2			P= 0.048	
Pase 3				
Pase 4				

Tabla 8.42. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con el ítem “Estado de Ánimo” en el pase 1 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Estado de Ánimo Pase 1					
	JCGAS Bajo			JCGAS Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	20.32	(27.99)	28	17.69	(24.32)	16
QT	22.48	(27.08)	27	54.21	(39.18)	19

8. Análisis de los Objetivos planteados en esta Investigación

Gráfica 8.25. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con el ítem "Estado de Ánimo" en el pase 1 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

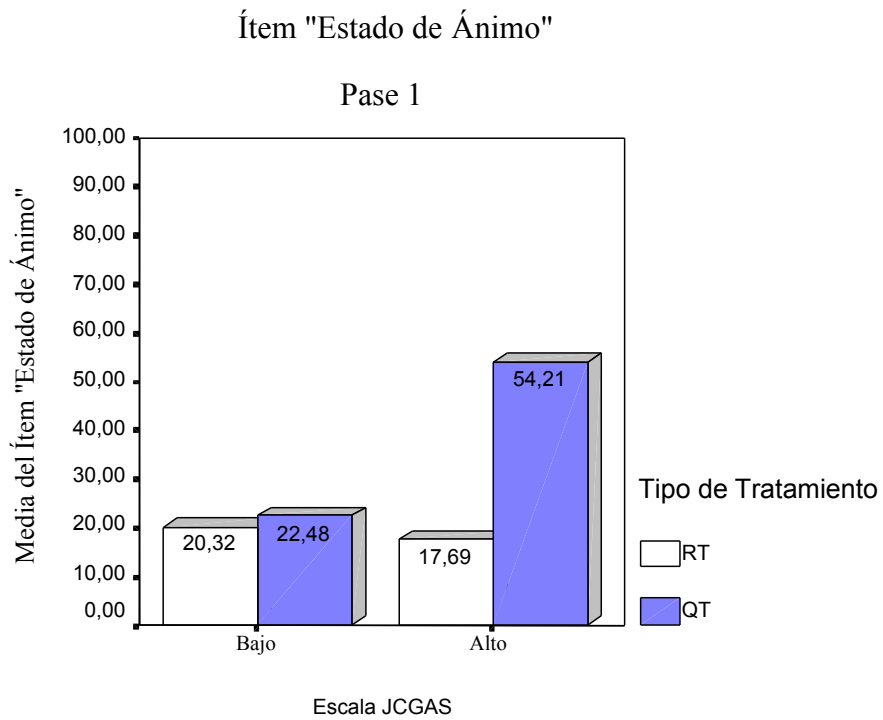
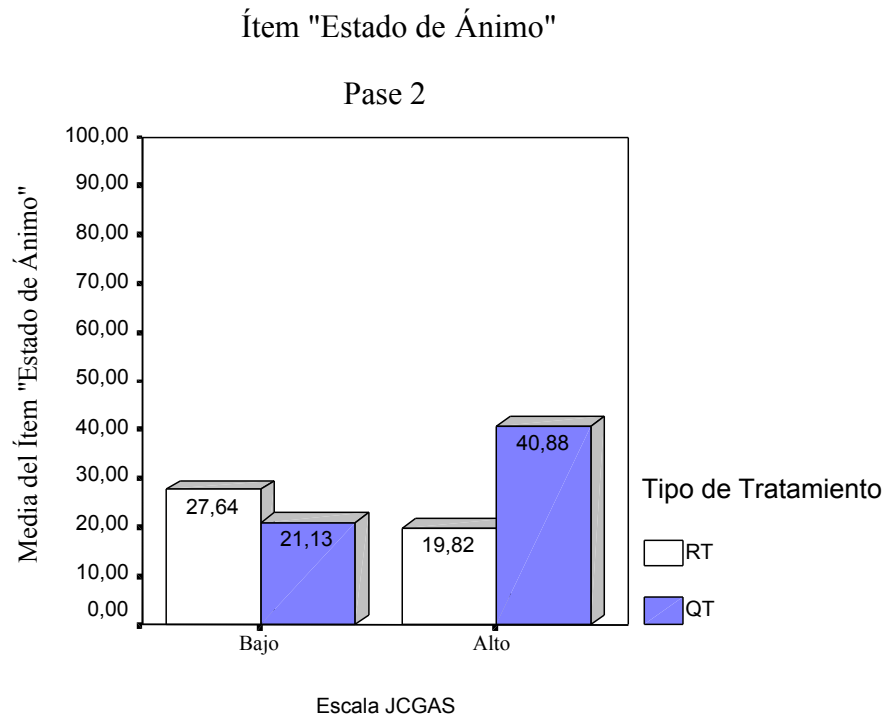


Tabla 8.43. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con el ítem "Estado de Ánimo" en el pase 2 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Estado de Ánimo Pase 2					
	JCGAS Bajo			JCGAS Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	27.64	(33.67)	22	19.82	(20.33)	11
QT	21.13	(27.82)	24	40.88	(32.80)	17

Gráfica 8.26. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con el ítem “Estado de Ánimo” en el pase 2 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



4) Ítem “Miedo”

El ítem “Miedo” (ver tabla 8.44.) muestra resultados poco consistentes que no coinciden con los observados en el apartado 8.2.3. En el pase 1 los pacientes que van a recibir RT muestran menos miedo que los que van a recibir QT ($x(RT) = 23.89$; $x(QT) = 41.55$), mientras que en el pase 2 (ver tabla 8.45. y gráfica 8.27.), la interacción indica que los pacientes con mayor miedo son los que tienen un JCGAS alto y reciben QT (con $p=0.025$), no existiendo diferencias entre los que tienen un JCGAS bajo (con $p=0.434$).

No obstante, también cabría considerar estos resultados como espurios, cuestión que será comentada en la discusión.

8. Análisis de los Objetivos planteados en esta Investigación

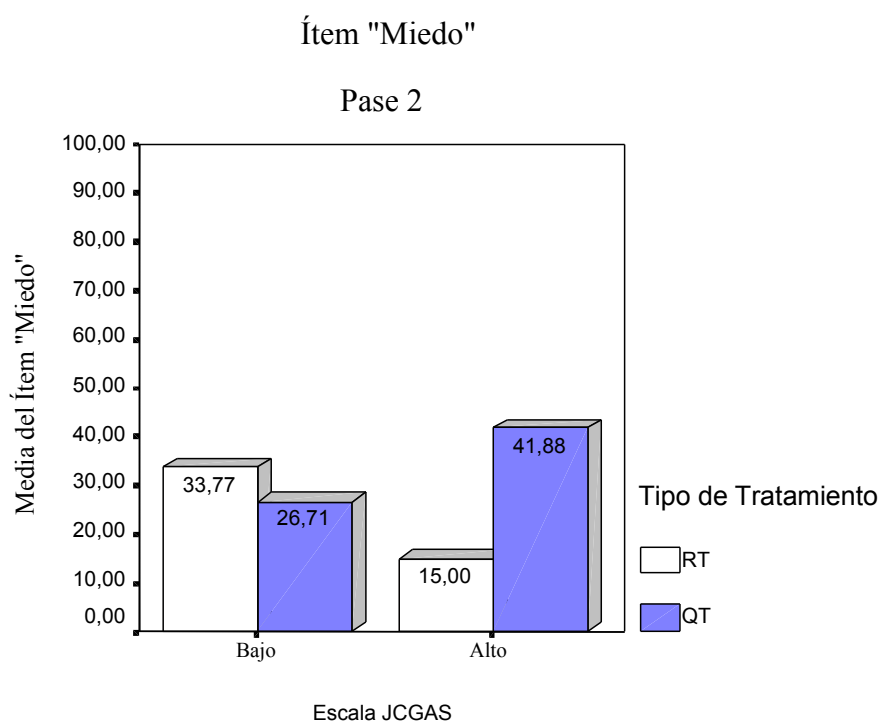
Tabla 8.44. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado del JCGAS con el ítem "Miedo" en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

Miedo	Grupo	JCGAS	JCGAS - Grupo	JCGAS - JCASA
Pase 1	P= 0.017			
Pase 2			P= 0.018	
Pase 3				
Pase 4				

Tabla 8.45. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con el ítem "Miedo" en el pase 2 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

	Miedo Pase 2					
	JCGAS Bajo			JCGAS Alto		
	x	sd	n	x	sd	n
RT	33.77	(32.17)	22	15.00	(23.77)	11
QT	26.71	(30.83)	24	41.88	(31.14)	17

Gráfica 8.27. Valores medios del JCGAS (alto y bajo) con el ítem "Miedo" en el pase 2 y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



5) Ítem “Valoración General del día”

Finalmente, el ítem “Valoración General del día” (ver tabla 8.46.) también ofrece resultados aparentemente confusos. No obstante, el resultado del pase 1 (según el cual, los pacientes que van a recibir RT tienen menor malestar que los que van a recibir QT ($x(RT)=28.91$; $x(QT)= 41.72$) coincide con lo observado en los ítems “Ansiedad” y “Miedo”, lo que avalaría que el ítem “Valoración General del día” depende de esos síntomas de malestar, cosa que no podíamos vislumbrar con la ausencia de resultados al analizar los JCGAS por separado.

Finalmente, en el pase 4 hay una interacción triple (con $p=0.032$) que consideramos espuria, al igual que hemos hecho en el pase 3 con el ítem “Ansiedad”. En la discusión comentaremos con más amplitud las razones que creemos que justifican esta decisión.

Tabla 8.46. Resumen de los resultados del Análisis de Varianza Univariado del JCGAS con el ítem “Valoración General del día” en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

Valoración General del día	Grupo	JCGAS	JCGAS – Grupo	JCGAS – JCASA - Grupo
Pase 1	P= 0.022			
Pase 2				
Pase 3				
Pase 4				P= 0.032

8.3.2.4. Relación del JCGAS con la Supervivencia

Al realizar el ANOVA entre el JCGAS y la Supervivencia, no hemos encontrado ningún efecto debido al grupo de tratamiento y ninguna interacción significativa. Por lo tanto no se replica lo anteriormente observado en el apartado 8.2.4.

9. DISCUSIÓN

Este capítulo se ha estructurado de acuerdo con la presentación de los objetivos descritos en el apartado 4.2. Así, en el apartado 9.1. la discusión se basará en la adecuación de los instrumentos utilizados en esta investigación: el Karnofsky, el CVCP y los JCAS. En el apartado 9.2. se discutirán los resultados del objetivo 1 analizados en el apartado 8.1. (comprobar si los JCAS se mantienen estables a lo largo de la enfermedad), en el apartado 9.3. se discutirán los resultados del objetivo 2 obtenidos en el apartado 8.2. (analizar en qué medida los JCAS guardan relación con el CVCP, el Karnofsky, los ítems Clínicamente Relevantes y la Supervivencia) y en el apartado 9.4. se discutirán los resultados obtenidos en el apartado 8.3. del análisis del objetivo 3 (comprobar si el JCGAS tiene una relación más clara que los JCAS con: el CVCP, el Karnofsky, los ítems Clínicamente Relevantes y la Supervivencia). Finalmente, en el apartado 9.5. se abordará una discusión general del conjunto del trabajo, que concluirá con el capítulo 10, donde se describirán las conclusiones extraídas de la presente discusión.

9.1. DISCUSIÓN DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS: EL KARNOFSKY, EL CVCP Y LOS JCAS

9.1.1. El Karnofsky

Como ya hemos visto en el apartado 5.2.2., el Índice Karnofsky (Karnofsky y Buchenal, 1949) es un intento de evaluar la calidad de vida de los enfermos oncológicos basada en la valoración de la habilidad o capacidad global del paciente para llevar a cabo una serie de actividades físicas. El Karnofsky es un índice clásico en la medida de la calidad de vida en oncología aceptado universalmente y que se ha validado multitud de veces. Es un instrumento sensible, por un lado, a los cambios de estado general de los enfermos ante las diferentes fases de la enfermedad (en la tabla 7.3. se observan los cambios progresivos del valor del índice a lo largo de los 4 pases) y, por otro, a los distintos tratamientos a los que están sometidos éstos. Por

este motivo los médicos oncólogos lo utilizan de forma cotidiana y rutinaria. Por ejemplo, al observar los dos grupos de tratamiento de nuestro estudio (ver tabla 7.4.) vemos que el grupo de QT tiene una sensible mejora en su valor Karnofsky a lo largo de los pases en comparación con el grupo de RT, lo cual señala la tendencia de que la QT mejora la sintomatología y, por lo tanto, el estatus funcional de los enfermos.

Sin embargo, aunque es un instrumento de valoración de la calidad de vida muy extendido, presenta varios inconvenientes y uno de ellos es el hecho de que más que una escala de calidad de vida, se trata básicamente de un índice global de valoración del estado funcional y físico del enfermo con cáncer, y por lo tanto es una medida incompleta de la calidad de vida pues no valora de forma integral ya que no incluye aspectos emocionales y sociales de la vida del enfermo. Otros inconvenientes son las dificultades para otorgar una puntuación concreta a determinados pacientes que poseen valores altos aunque estén en fases de la enfermedad muy avanzadas y, a esto se debe añadir que no es un instrumento específico para cada tipo de cáncer sino que es de carácter general.

El Índice Karnofsky es un instrumento que se utiliza a partir de la observación y valoración subjetiva del médico. Sin embargo, creemos que también es importante la valoración subjetiva del propio sujeto, mediante un instrumento donde éste daría su opinión directamente. Por este motivo nos pareció interesante obtener un instrumento que evaluara la calidad de vida, subjetiva y multidimensional, y que también fuera específico para los enfermos con cáncer de pulmón dado que en el momento en que empezamos este estudio no existía.

Por esta razón, creamos y analizamos psicométricamente el CVCP. Primero lo validamos con una muestra de 50 sujetos en el momento del diagnóstico y en el seguimiento al cabo de tres semanas (Juan, 1997) y, en el presente trabajo, lo volvemos a validar con una muestra de 92 sujetos evaluados en 4 ocasiones (en el momento del diagnóstico y en tres pases posteriores, cada uno de ellos efectuado después de haber recibido el tratamiento anticanceroso de carácter paliativo que era administrado cada 3 semanas).

9.1.2. El CVCP

Como ya hemos indicado en el apartado 5.2.2., en el momento en que iniciamos este estudio todavía no existía ningún instrumento que evaluara específicamente la calidad de vida de los enfermos con cáncer de pulmón. No obstante, en 1994 y cuando este proyecto ya estaba en marcha, Bergman y sus colaboradores publicaron un artículo donde presentaron la elaboración de un cuestionario específico para evaluar la calidad de vida de los enfermos con cáncer de pulmón. Este instrumento está formado por un módulo central, el EORTC QLQ C-30 desarrollado por Aaronson y colaboradores (1993) y un módulo de 13 ítems que hace referencia a aspectos sintomáticos del cáncer de pulmón. El objetivo principal con que se construyó este cuestionario que se ha denominado EORTC QLQ LC-13, al igual que el nuestro, no fue únicamente evaluar la calidad de vida de este tipo de enfermos sino averiguar qué tipo de tratamiento es el más satisfactorio para el tratamiento del cáncer de pulmón.

Veremos a continuación que algunas de las características de nuestro instrumento hacen que su idoneidad sea comparable a la que posee el de Bergman y colaboradores (1994).

En primer lugar, la estructura con cuatro escalas de calidad de vida (de estatus funcional, de estatus sintomático, de estatus emocional y de estatus social) es similar en los dos instrumentos de evaluación.

En segundo lugar, si observamos los análisis de fiabilidad del CVCP considerando globalmente los 32 ítems, podemos afirmar que la misma es muy satisfactoria, pues el valor alfa de Cronbach en el pase 1 es de 0.91. Si comparamos este valor con el obtenido por Bergman et al. (1994) en el EORTC QLQ LC-13 (alfa de 0.81), podemos sentirnos bastante satisfechos, pues los valores de nuestro instrumento son superiores. No obstante, no debe olvidarse que las muestras a partir de las cuales se han hecho los dos estudios son muy diferentes de tamaño, pues nosotros sólo hemos utilizado 92 sujetos para el análisis final y en cambio Bergman et al. (1994) usaron

9. Discusión

1618 sujetos, aunque nosotros tenemos una muestra más homogénea y específica que la de Bergman y colaboradores.

También hemos analizado las fiabilidades de las 4 subescalas que componen el instrumento, y las encontramos en general bastante satisfactorias (y a lo largo de los países lo son cada vez más), pues todas presentan el valor alfa superior a 0.70 y hay una tendencia al aumento de la fiabilidad a lo largo de los países debido a que la presencia de síntomas iniciales de la enfermedad (Pase 1) es irregular y se va homogeneizando después, bien porque la enfermedad progresa, bien porque aparecen los efectos secundarios de los tratamientos. Además, debemos añadir que los síntomas son muy variables en la corta evolución de esta enfermedad y por tanto es más difícil que haya buena consistencia interna entre ellos en los diferentes países. Si quisiéramos mejorar el alfa de Cronbach de las subescalas podríamos retirar aquellos ítems con baja saturación y aquellos sin buena correlación con la subescala a la que corresponden (por lo menos conceptualmente), sin embargo, dado que sus valores alfa nos parecen aceptables no consideramos necesario hacer este procedimiento aquí.

Si comparamos el alfa de nuestro instrumento con el del EORTC QLQ LC-13, vemos que la Subescala de Estatus Sintomático en el CVCP tiene un valor de 0.70 y en el EORTC QLQ LC-13 de 0.85. La Subescala Estatus Funcional en el CVCP presenta un valor de 0.77 y en el EORTC QLQ LC-13 de 0.66. La Subescala de Estatus Social en el CVCP tiene un valor de 0.73 y en el EORTC QLQ LC-13 de 0.82. Y finalmente, la Subescala Estatus Emocional en el CVCP tiene un valor de 0.86 y en el EORTC QLQ LC-13 de 0.85. Comparando los dos instrumentos, vemos que las fiabilidades de nuestras subescalas son similares a las del EORTC QLQ LC-13. En cambio, como hemos indicado anteriormente, al analizar la fiabilidad global del EORTC QLQ LC-13, ésta es menor a la global de nuestro estudio. Estas diferencias quizás se expliquen por el tipo de ítems que se utilizan en el EORTC QLQ LC-13 y por el tamaño de muestra utilizado. Por un lado, las escalas líker y las escalas dicotómicas utilizadas en el QLQ LC-13 no proporcionan tanta variabilidad en las desviaciones estándar como las escalas análogo-visuales (a mayor variabilidad de los ítems mayor es el valor alfa). Por otro lado, existe una gran diferencia entre el

tamaño de las muestras y la homogeneidad, del estudio con el EORTC QLQ LC-13 y el nuestro con el CVCP, pues la nuestra es mucho menor y más homogénea, debiendo tenerse en cuenta que cuanto más pequeña es la muestra más difícil es tener una fiabilidad elevada, y a la vez cuando más homogénea es la muestra más factible es conseguir una fiabilidad elevada.

En tercer lugar, la Validez de Contenido, la Validez de Criterio y la Validez de Constructo del CVCP están avaladas por un trabajo de investigación previo, realizado con los primeros 50 sujetos del ensayo clínico (Juan, 1997). Al realizar el análisis factorial en el presente estudio creemos que la Validez de Constructo se sigue verificando, aunque en el pase 1, el valor del análisis (el porcentaje de varianza acumulada en el pase 1 es de 53.68) es mucho más bajo que en los siguientes pases (ver tabla 6.1.). Pensamos que este resultado puede ser debido a que en este pase no hay mucha sintomatología a pesar de que la enfermedad está en fase avanzada, y esto, como se puede observar en la tabla 6.1., cambia a lo largo de los pases debido al aumento de síntomas resultantes de los tratamientos y de la evolución de la enfermedad.

Por último, cuando en un instrumento de evaluación de la calidad de vida se pretende que el período de tiempo a evaluar sea largo se le exige al paciente una capacidad de memoria, de abstracción y de evaluación de la que tal vez no disponga en el momento actual, dada la situación extrema y cambiante que está experimentando (Font, 1988). Este procedimiento de valoración de las 24 horas previas que se utiliza en el CVCP se ha mostrado válido en los estudios de cáncer de mama (Font, 1988) y de pulmón (Juan et al., 1999), y nos parece más práctico que el EORTC, pues éste pide al paciente que evalúe su calidad de vida durante un periodo de tiempo más largo (en concreto la última semana). Por otro lado, el uso de las escalas análogo-visuales está también claramente validado en la bibliografía oncológica (Bovjerg et al., 1992; Challis et al., 1992; y Jacobsen et al., 1993).

Ante estos datos, creemos poder afirmar que el CVCP es un instrumento válido y fiable, por lo que lo consideramos adecuado para analizar la calidad de vida de la

9. Discusión

muestra de enfermos con cáncer de pulmón aquí recogida y que ahora comentaremos detalladamente.

Como podemos ver, en los resultados resumidos en la tabla 7.1., los valores más altos se observan en las subescalas Estatus Funcional y Estatus Emocional, lo cual refuerza la necesidad de incluir en la valoración de la calidad de vida los aspectos emocionales. Por otro lado, si miramos las puntuaciones medias del CVCP sorprende un poco que las puntuaciones sean más bien bajas (la puntuación media más alta es de 25.28 para la subescala Estatus Funcional en el pase 1), y las desviaciones estándar muy elevadas, alcanzando a veces incluso el mismo valor que la media. Esto indica, que los sujetos difieren bastante en sus puntuaciones, lo cual es bastante lógico, pues es un instrumento donde se pide la valoración subjetiva de cada aspecto en un amplio abanico de respuesta que va de 0 a 99 y, además, se están valorando los síntomas de una enfermedad que, aunque conlleva un deterioro rápido y variable según los pacientes, no muestra mucha sintomatología hasta que la persona está muy deteriorada (este también es el motivo por el cual esta enfermedad en un 85% de los casos se diagnostica en un estadio avanzado o muy avanzado)

Si observamos el estudio de Bergman et al. (1994), donde también usaron una muestra de enfermos con cáncer de pulmón y el EORTC QLQ LC-13 como instrumento para evaluar la calidad de vida, y comparamos algunas medias de los síntomas con las de los síntomas de nuestro estudio, observamos que no son muy elevados en ninguno de los dos casos (por ejemplo, el “dolor”, que también se valora de 0 a 100 en el EORTC QLQ LC-13 presenta una media de 26.9 con una desviación estándar de 29.6, y en el CVCP de 29.95 con una desviación estándar de 30.14).

Por otro lado, si observamos la tabla 7.2. podemos ver que nuestro instrumento es bastante sensible en el momento de detectar las diferencias de calidad de vida entre los dos grupos de tratamiento aquí expuestos (Radioterapia y Quimioterapia), sobretudo en relación a la Subescala de Estatus Sintomático y más ligeramente en la de Estatus Funcional, donde se observa una sensible mejoría de la calidad de vida en el grupo que recibe QT. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en otros

estudios que han utilizado el EORTC QLQ LC-13 (Bergman et al., 1994; Cullen et al., 1999 y Smith et al., 2001).

Si observamos los Ítems Clínicamente Relevantes, los resultados parecen muy coherentes, pues el hecho de que el “dolor” mejore sensiblemente en el grupo de QT en comparación con el de RT, a partir del segundo pase, significa que este tratamiento es más efectivo (pues disminuye uno de los síntomas más importantes y a la vez molestos dentro de la enfermedad de cáncer), y además, el dolor es un ítem que parece reflejar el comportamiento de la Subescala de Estatus Sintomático, tal como podemos ver en las tablas 7.1. y 7.5. de la muestra global donde el dolor disminuye a lo largo de los pases, al igual que pasa en la subescala Estatus Sintomático y esto es debido al efecto del tratamiento. En las tablas 7.2. y 7.10. donde se comparan los dos grupos de tratamiento, vemos que el dolor disminuye significativamente en el grupo que recibe QT a lo largo de los pases de la misma forma que lo hace la subescala Estatus Sintomático.

En el caso de la “Ansiedad”, el “Estado de Ánimo”, el “Miedo” y la “Valoración General del Día”, vemos en las tablas 7.6. a 7.9. para el global de la muestra que en los pases 1 y 2 las medias son bastante elevadas y a partir del tercer pase disminuyen. Este efecto no se observa en la subescala Estatus Emocional (ver tabla 7.1.) donde las medias son muy similares en los 4 pases. Estos datos nos refuerzan la idea de que estos ítems son verdaderamente relevantes y que la puntuación global de la subescala los diluye omitiendo su relevancia. Si observamos estos ítems en las tablas 7.11. a la 7.14., vemos que tienen en común que la media del primer pase del grupo de QT es significativamente más elevada que la del grupo de RT, y lo mismo se reproduce en la subescala de Estatus Emocional (ver tabla 7.2.). En el pase 2 los valores medios de los 4 ítems y de la subescalas tienden a disminuir acercándose a los valores del grupo de RT para seguir disminuyendo en los dos pases restantes y adquirir unas puntuaciones, en general, inferiores a las del grupo de RT. Ante estos resultados, debemos tener en cuenta que existe una razón fundamental que puede explicar estas diferencias significativas entre el pase 1 y el pase 2, y es que como ya hemos explicado en el apartado 5.3., los pacientes rellenaron el primer cuadernillo el mismo día de la primera visita médica en la que se les daba la información sobre el tipo de

9. Discusión

tratamiento que recibirían, mientras que en el pase 2, el cuadernillo se rellenó el día previo a la segunda visita con la oncóloga (cuando ya habían tomado la primera tanda de tratamiento sea QT o RT) a fin de que los pacientes pudieran rellenar el cuadernillo en su casa cómodamente y entregarlo el día de la visita. Parece que los enfermos que reciben la información sobre la QT sufren en ese momento más malestar emocional que los que reciben información sobre la RT. Seguramente el motivo de estas diferencias entre los dos grupos en el primer pase se deba a la popularidad de la QT sobre la agresividad de sus efectos secundarios.

Al margen de los resultados obtenidos en el análisis de la calidad de vida, debemos ser conscientes de que en este estudio sólo se ha analizado el instrumento en una fase avanzada del cáncer de pulmón y, vemos que es importante hacerse la pregunta siguiente; ¿este instrumento será útil en todas las etapas de la enfermedad?. En principio, creemos que la respuesta puede ser afirmativa, pues este instrumento es la adaptación de otro instrumento previo que demostró ser útil para analizar la calidad de vida de una muestra de mujeres enfermas de cáncer de mama en los diferentes estadios de la enfermedad (Font, 1988). Además, los ítems tal como están formulados se pueden aplicar en cualquier fase y cualquier día de la enfermedad. No obstante, sería adecuado llevar a cabo un estudio que corroborase esas consideraciones.

Resumiendo, creemos que en este estudio se ha reafirmado que hemos aportado un buen instrumento para evaluar la calidad de vida de los enfermos españoles con cáncer de pulmón. También hemos observado que las desviaciones estándar de las medias de los ítems son bastante elevadas. Esto responde a las diferencias individuales que existen ante la posibilidad de contestar entre un abanico tan amplio de puntuaciones (de 0 a 100). Quizás, estas diferencias se anularían si la muestra fuera más grande o si reconvirtiéramos la escala de 0 a 100 a una escala liker de 0 a 7. Sin embargo, en el EORTC se hace el procedimiento inverso, es decir se utilizan algunas escalas liker de 7 puntos que después se traducen, para su corrección, a escalas de 0 a 100 puntos, aportando también mayores dispersiones (Bergman et al., 1994). Por lo tanto, en general se ha medido lo que se pretendía medir y con el instrumento que nos parece, a nuestro entender, más preciso y adecuado por su

estructura formal y conceptual y, que además, ha sido elaborado de forma específica para la población española.

El CVCP tiene la ventaja de ser más breve y más sensible que el EORTC QLQ LC-13, pues nuestro instrumento sólo tiene 32 ítems y el EORTC tiene 43, y además usa escalas análogo-visuales en todos los ítems, que son más adecuadas que las escalas líker, por presentar ventajas tan importantes como: ser más sensibles, recoger más información, ser un continuo y, finalmente, tener un sentido multicultural, pues son entendidas de la misma forma en todas las culturas europeas, cosa que no ocurre con las escalas que funcionan por puntuaciones, por ejemplo; en la cultura germánica el uno, en las puntuaciones académicas, significa lo mismo que para nosotros el diez. Por todo ello pensamos que es un instrumento de fácil adaptación para otras culturas pues las escalas análogo-visuales son de fácil comprensión y su uso cada vez está más extendido.

Por estas razones comentadas, creemos que el instrumento que hemos adaptado es bueno psicométricamente y clínicamente, ya que su estructura, su fiabilidad y su validez son satisfactorias, y además, es sencillo, se puede repetir fácilmente y es relativamente corto.

Sin embargo, queda por determinar si en el momento de utilizar el instrumento a nivel clínico debemos tener en cuenta sólo los ítems clínicamente relevantes o las subescalas completas, o las dos cosas a la vez. Esta cuestión ya quedó abierta en el trabajo previo (Juan et al., 1999). Nuestra opinión sigue siendo que, el análisis por ítems puede ser más útil cuando necesitamos una información más detallada o cuando nos interesa una rehabilitación individual. Por ejemplo, el ítem Dolor podría ser un ítem que funcionaría perfectamente como representativo de la Subescala Estatus Sintomática pues, como ya hemos dicho anteriormente, se comporta de forma similar a ésta. Pero las subescalas nos pueden ser útiles cuando hagamos estudios clínicos amplios en los que nos interese una información más global.

9.1.3. Los JCAS

Para saber si el JCAS es un instrumento adecuado para medir los Juicios de Control, se ha realizado el Análisis Factorial del mismo y se ha observado que las tres subescalas teóricas previstas por Font (1989) en nuestro caso no están compuestas por el mismo número de ítems ya que quedan reducidos a tres factores con sólo dos ítems cada uno con un porcentaje de varianza satisfactorio y estable a lo largo de los 4 pases (ver tabla 6.7.).

En el análisis factorial que Font realiza, los resultados no acaban de encajar con los nuestros (ver apartado 6.2.1.), pues aunque el factor JCASA queda igual que el factor Azar (con dos ítems: “suerte” y “destino”), el factor interno pierde el ítem “lo que yo haga” (quedando en el JCASI los ítems: “cumplir con los médicos” y “ganas de curarme”), y el factor externo pierde los ítems “medicamentos” y “tipo de hospital” (nosotros tenemos formado el JCASE por sólo dos ítems: “médico” y “tratamiento”). En lo que estamos de acuerdo con Font después de hacer el análisis factorial es en eliminar el ítem “tipo de hospital” por la misma razón por la que él lo hace (por saturar en más de un ítem). En el presente caso los ítems “lo que yo haga” y “los medicamentos” también los eliminamos, el primero por saturar en más de un factor y el segundo por el mismo motivo, es decir, que no siempre cumple el valor de saturación mínima de 0.60.

Estas diferencias podrían explicarse por varias razones: en primer lugar, las muestras de los dos estudios son diferentes en cuanto al tipo de cáncer (cáncer de mama en el estudio de Font y cáncer de pulmón en este estudio); en segundo lugar, el tamaño de la muestra también es diferente (220 mujeres en el estudio de Font y 90 para el nuestro); en tercer lugar, las fases de la enfermedad son distintas (en el estudio de Font las pacientes se hallaban en diferentes fases de la enfermedad y en nuestro estudio los enfermos estaban en una fase avanzada de la enfermedad) y, en cuarto lugar, el sexo de los sujetos de la muestra es diferente (en el estudio de Font la población es femenina y en nuestro estudio la muestra es mayoritariamente masculina). Además, los análisis sólo se hacen una sola vez en mujeres que están en diferentes fases de la enfermedad en el estudio de Font (1989) y en nuestro estudio se

hacen en cuatro momentos durante la fase avanzada de la enfermedad. Por estos motivos creemos que es lógico que las opiniones de los sujetos de nuestro estudio, aunque varíen ligeramente de un pase a otro, no puedan cambiar tanto como si se evalúa con el instrumento a enfermos que están en diferentes fases de la enfermedad. Por otra parte, es posible que el tipo de cáncer y su sintomatología específica puedan influir en los juicios de control de los sujetos. Finalmente, no cabe descartar la posibilidad de diferencias debidas exclusivamente al sexo.

En relación a la independencia de los JCAS, sería deseable que estos tres JCAS fueran independientes entre sí, es decir, que sus correlaciones no fueran significativas. Los datos indicados en el apartado 8.1. apoyan esta condición, por lo que podemos considerar que las subescalas del JCAS son independientes entre sí. Además, este comportamiento mejora el de las escalas propuestas por Font (1989) ya que en aquéllas se encontraba una alta correlación (0.54) entre las dimensiones externa y de azar.

En relación al análisis de fiabilidad de las subescalas, vemos en la tabla 6.13. (ver apartado 6.2.2.) que mantienen, en general, una fiabilidad bastante satisfactoria (especialmente JCASE y JCASA), sin embargo, JCASI presenta unos valores bastante irregulares pues aunque en los 4 pases tiene puntuaciones un poco más bajas que JCASE y JCASA, en el pase 3 vemos un descenso del alfa muy sorprendente (con un valor de 0.34). Este hecho se podría explicar, por una parte, por la importante pérdida de sujetos que se da en el pase 3, sin embargo, dado que en el pase 4 también se pierden sujetos no podemos afirmar que sea esa la causa que produce este fenómeno. Por otra parte, también podría ser debido al aumento significativo de síntomas en dicho pase. Quizás podría haber un incremento significativo de los síntomas o de la desviación estándar en el pase 3, pero los datos no nos avalan esta posibilidad. En resumen, pues, no encontramos una explicación satisfactoria que nos permita entender por qué se ha obtenido ese valor tan bajo en el pase 2.

En cuanto al análisis descriptivo de los JCAS, si observamos la tabla 7.15. (ver apartado 7.4.), vemos que para JCASI y para JCASE las medias son muy cercanas al valor máximo superior (8) y, sin embargo, para JCASA están situadas en torno al

valor medio (4). Estos resultados también han sido observados en el estudio de Ruiz et al. (1999) y la conclusión a la que se llega es que la muestra de 305 mujeres recién diagnosticadas de cáncer creían que su nivel de salud dependía de ellas mismas (LCI), pero al mismo tiempo aceptaban el efecto de otros factores asociados a la técnica y conocimientos de los profesionales de la salud (LCE), e incluso de la suerte (LCA). Sin embargo, en el estudio de Font (1989), la mayoría de las mujeres creía que su salud dependía del LCE y una minoría creía que dependía del LCI. Esta discrepancia de resultados entre el estudio de Font y los otros dos, podría ser explicada por el hecho de que tanto en el estudio de Ruiz et al. como en el nuestro, los enfermos de la muestra eran recién diagnosticados; mientras que la muestra de Font comprendía mujeres en diferentes estadios de la enfermedad. Por otro lado, también cabe la posibilidad de que la opinión de los hombres y de las mujeres sea diferente en relación a lo que creen que influye más en su salud. O bien puede ser que el tipo de cáncer y el momento de la enfermedad influyan en esas opiniones. En cualquier caso, podemos afirmar que en los pacientes que hemos estudiado predominan los juicios de control externos e internos, siendo menos importantes los atribuidos a factores que identificamos como “azar”.

Hemos intentado hacer dos grupos homogéneos en cuanto a número de sujetos, dividiendo cada JCAS en un grupo de puntuación alta y un grupo de puntuación baja. Tanto en el JCASI como en el JCASE nos hemos visto obligados a diferenciar entre el grupo de personas que tienen un juicio de control muy elevado (puntuación 8) con el grupo que lo tiene bastante elevado (puntuación menor que 8). En cambio, el JCASA lo hemos podido dividir en dos grupos homogéneos que diferencian entre un JCASA un poco elevado y un JCASA bastante y muy elevado. En resumen, para el JCASA el punto de corte es más equilibrado y para el JCASI y el JCASE es más extremo. Por lo tanto, el JCASA se comporta mejor psicométricamente que JCASI y JCASE. El hecho de que el JCASI y el JCASE tengan una puntuación muy extrema lo encontramos lógico ya que cuando una persona tiene una enfermedad de esta gravedad parece normal juzgar el tratamiento médico como muy importante para curarse, así como también la actitud del paciente ante el tratamiento. Y en el caso de JCASA, como en principio parece que evalúa una creencia en algo que no depende del factor humano como es el caso de la suerte y del destino, es posible que los

hombres enfermos de cáncer de pulmón sean más pragmáticos ante sus juicios sobre lo que es importante para curarse y juzguen poco importante este aspecto. De todas formas, también es posible que al responder al cuestionario a una psicóloga o personal sanitario tuvieran menos confianza para revelar sus creencias más “espirituales”. Podemos decir también que JCASA, por su definición, no queda claro que esté indicando que la persona no tenga ningún control, como postula Font en su trabajo de 1989, sino que podría indicar la creencia de que algo no humano es capaz de producir un control sobre el desarrollo de la enfermedad. Lo cual en algunas personas también podría ser un tipo de juicio de control bastante importante ante una situación tan amenazante y fuera de control como es el cáncer.

Estos resultados pueden ser un poco sorprendentes a primera vista, pues las características de la situación del paciente con cáncer hacen que ésta pueda considerarse en muchos casos como incontrolable y que en un primer momento parezca que la creencia sobre el azar y el destino puedan tener una mayor influencia sobre la salud. El enfermo se ve inmerso en una serie de acontecimientos aversivos y generalmente incontrolables, como son: el sometimiento a los procesos de exploración y diagnóstico, la espera de resultados, recibir diferentes terapias por lo general aversivas o incluso muy aversivas (por ejemplo, la quimioterapia que recibían producía muchas náuseas y vómitos y la caída del cabello). Por otra parte, los resultados de las exploraciones previas no pueden predecir, la respuesta de los tratamientos, el desarrollo que seguirá la enfermedad, los efectos secundarios que aparecerán, etc. Por estos motivos, parece curioso que sea bastante baja la puntuación de azar. En cambio, parece lógico que la puntuación externa sea alta pues el enfermo está casi totalmente en manos de los médicos y los resultados de los tratamientos. Por otro lado, es importante esta puntuación elevada en el JCASI pues el curso y el pronóstico de la enfermedad depende enormemente de la colaboración del paciente y su adherencia al tratamiento.

Finalmente, al comparar nuestros resultados con los obtenidos en estudios revisados, vemos en el estudio de Ruiz y colaboradores (1999), que las puntuaciones del locus de control del grupo de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama son elevadas y muy similares, observando que se considera muy importante el LCI, después el LCE

y finalmente el LCA, y estas creencias se mantienen durante el tratamiento y en el periodo de seguimiento. En el artículo de De Valck y Vinck (1996), se compara un pequeño grupo de sujetos con cáncer de pulmón con un grupo de hombres sanos, y por un lado, se observan puntuaciones de LCI y LCE más elevadas en los sanos que en los enfermos, sin embargo, tanto el grupo de sanos como el de enfermos se manifiestan más internos que externos. En el estudio de Font, donde se evalúa el LC en un grupo de mujeres con cáncer de mama en diferentes fases de la enfermedad, se observa que el subgrupo de enfermas en fase avanzada presenta menos LCE que el resto de enfermas aunque la muestra total de enfermas considere el LCE como el más importante. Los datos de estos estudios parecen reforzar las diferencias de opiniones entre sexos, y también parecen sugerir una diferencia de opiniones según la fase de la enfermedad e incluso según el tipo de cáncer. De todas formas, no creemos que podamos sacar datos concluyentes de estos estudios debido a la gran disparidad de muestras utilizadas (pues se diferencian por su falta de homogeneidad en el momento de la enfermedad evaluada, el tipo de cáncer estudiado, el sexo de los sujetos) y de instrumentos de evaluación del control utilizados (ya explicados en el apartado 2.1.). De todas formas podemos concluir, viendo los análisis de validez y fiabilidad que hemos aplicado al instrumento, que el JCAS en principio puede considerarse adecuado para medir los JC de los enfermos con cáncer de pulmón.

9.2. DISCUSIÓN DEL OBJETIVO 1

El objetivo 1 de este estudio es, como ya se ha descrito en el apartado 4.2., comprobar si los JCAS se mantienen estables durante la evolución de la enfermedad, pues cabe plantearse si las medidas de los JCAS pueden cambiar de forma drástica, pues suponemos que hay una interacción entre los JCAS y la evolución de la situación real, dado que ésta, por las características del cáncer de pulmón, evolucionará hacia un deterioro claro y, se debe valorar la posibilidad de que los JCAS cambien a medida que lo haga, en forma drástica, el estado físico del enfermo. Si ello es así, sería de esperar que se encuentren diferencias en los JCAS respecto a las personas que están en las etapas de la enfermedad más avanzada. E incluso cabría la posibilidad de que hubiera diferencias según el tipo de tratamiento que reciben.

Los resultados del apartado 8.1. nos indican que según los criterios estadísticos asumidos aquí, las subescalas del JCAS son estables, por lo que podemos utilizar como criterio los resultados del primer pase de los JCAS.

Sin embargo, debemos tener en cuenta, que el hecho de que los JCAS aparenten ser estables puede significar o que el instrumento no es suficientemente sensible o que la gente realmente no varía su opinión durante la evolución de la enfermedad sobre lo que consideran importante para recuperar su salud. A este hecho le debemos añadir un aspecto que puede ser muy relevante, y es que los sujetos que siguen contestando durante los cuatro pases de forma casi idéntica son los que se sienten mejor, pues su estado funcional (el Índice Karnofsky) es bastante estable y su calidad de vida no ha cambiado radicalmente, por lo que es posible e incluso lógico que conserven las mismas creencias sobre los factores que dependen de su salud ya que su salud es aparentemente estable, a pesar de que en realidad no haya ninguna mejora sustancial. Desgraciadamente, los sujetos que se encuentran muy mal salen del estudio y no siguen contestando a los instrumentos ya que no tienen energía suficiente o incluso ya han fallecido, por lo que no tenemos ningún registro sobre sus creencias si cambian o no ante un estado de salud tan deteriorado. Por lo tanto, lo único que podemos afirmar es que los juicios de los enfermos que sobreviven de forma estable durante el periodo de evaluación de este instrumento parecen estables, claros y bastante consistentes a lo largo del tiempo, a pesar de que la enfermedad no mejore sustancialmente. Por lo tanto, los JCAS parecen estables al igual que lo era el LC (Villamarín, 1990). Sin embargo, no podemos evaluar qué juicios tienen los enfermos cuyo estado se agrava tanto que no pueden ni rellenar los cuestionarios debido a su deterioro físico.

El problema que hemos encontrado en nuestra revisión bibliográfica es que la estabilidad de los instrumentos que miden el LC no se valora, lo cual no nos permite hacer un análisis teórico comparativo que nos aportaría más información apoyando o no nuestros resultados. En el estudio de Ruiz y colaboradores (1999) se utilizó el Cuestionario Multidimensional de Locus de Control y sólo se pasó una vez sin analizar la estabilidad de éste. Lo mismo pasa con el estudio de De Valck y Vinck (1996), donde tampoco se analiza la estabilidad del LC. Por lo tanto, no tenemos

bibliografía con la que podamos comparar la estabilidad de los JCAS encontrada en nuestro estudio.

Sólo podemos afirmar que la “estabilidad” de la enfermedad conllevará JCAS también “estables”, pero no podemos saber (por cuestiones éticas), que pasará con los otros pacientes que han tenido que abandonar el estudio debido a su estado de salud. Luego, a partir de ahora, hay que considerar que estamos hablando de pacientes con enfermedad avanzada pero con un estado de salud relativamente bueno (es decir, con un Karnofsky homogéneo y estable a lo largo de los cuatro pases) y, por tanto, no podemos hablar de todos los pacientes.

9.3. DISCUSIÓN DEL OBJETIVO 2

9.3.1. Relación de los JCAS con el CVCP

1. Subescala de Estatus Sintomático.

Respecto a los síntomas físicos, vemos que las diferencias estadísticas vienen determinadas únicamente por el tipo de tratamiento que reciben los sujetos, y se evidencia de manera clara que el grupo de RT muestra una puntuación mayor que el grupo de QT, lo que significa que el grupo de RT tiene más síntomas físicos a lo largo de los pases 2, 3 y 4 (ver tabla 8.9.). Además, no se observa ningún efecto modulador de los JCAS en la sintomatología de los sujetos.

Estos resultados son coherentes con los estudios con enfermos de cáncer de pulmón y mama de De Valck y Vinck (1996) y Bremer et al. (1997) respectivamente, ya que tampoco encuentran relaciones entre los constructos de control que manejan y los síntomas físicos. Sin embargo, en los estudios con enfermos de artritis reumatoidea de Pastor et al. (1999), y los estudios revisados por Shapiro et al. (1996) sobre el mismo tipo de enfermos, se han asociado significativamente y negativamente la Competencia Percibida en Salud y la Autoeficacia General con la percepción del impacto físico.

Estas discrepancias se pueden explicar por el hecho de que los enfermos de artritis tienen una sintomatología peor y a la vez más sensible a los fármacos, donde la actividad del enfermo puede regular la presencia de síntomas. Sin embargo, los enfermos con cáncer en principio no tienen una sintomatología muy agresiva, no son tan sensibles a los fármacos y no pueden hacer nada para regular sus síntomas.

2. Subescala de Estatus Funcional.

En lo que atañe a los aspectos funcionales no hemos encontrado ninguna relación significativa con los JCAS, cosa que era de esperar, puesto que el estado funcional de los sujetos de esta muestra es bastante normal y homogéneo en su sintomatología, tal y como demuestran la evolución de los índices Karnofsky de los sujetos de la muestra (ver el apartado 7.2.).

Además, no se ha encontrado bibliografía que busque esta relación, por lo que no podemos comparar nuestro estudio con otros.

3. Subescala de Estatus Emocional.

En relación con los resultados de la subescala Estatus Emocional vemos claramente unas interacciones en el pase 1 y 2, con especial coherencia en el JCASI y con menos coherencia en el JCASE.

En ambos pases de la subescala para JCASI alto, se observa el mismo perfil, aunque más acentuado en el pase 2: los pacientes más alterados emocionalmente son los que reciben QT (ver tabla 8.11. y gráficas 8.1. y 8.2.). Y cuando el JCASI es bajo en el pase 1 las molestias emocionales son similares para los dos grupos de tratamiento y sin embargo en el pase 2 el malestar emocional del grupo de RT aumenta pero no de forma significativa. Por lo tanto, parece evidente que tener un JCASI elevado y recibir QT produce una mayor alteración emocional que el hecho de tener un JCASI más moderado para los dos tipos de tratamiento.

9. Discusión

Estos datos estarían de acuerdo con lo sugerido en los estudios de Seeman (1991), Friedman (1989), Brown y Smith (1992), Houston et al. (1992) y Glass (1997), en los que se observa que las personas que creen tener mucho control pero no lo pueden utilizar, debido a que las circunstancias que están viviendo se lo impiden ejercer, experimentan un deterioro de su estado emocional. Algo similar encuentran Osoviecki y Compas (1998) en un estudio con 83 enfermos de cáncer, donde observan que una percepción de control elevada junto con la posibilidad de aplicar una estrategia enfocada al problema disminuye notablemente el estrés.

Asimismo, Thompson et al. (1993), encontraron una relación significativa y positiva entre la percepción de control elevada y un control del estado emocional de 71 pacientes con cáncer. De la misma manera, Reed et al. (1993) observaron que en una muestra de 24 hombres con SIDA las creencias en el control personal sobre los síntomas diarios y sobre el curso de la enfermedad se relacionaban positivamente con un buen ajuste emocional; mientras que las creencias en control externo sobre el curso de la enfermedad y el cuidado médico estaban negativamente relacionadas con el ajuste emocional.

En cambio, De Valck y Vinck (1996) no encontraron ninguna relación significativa entre el LC y los aspectos psicológicos en una muestra de 16 enfermos de cáncer de pulmón. Tampoco encontraron una relación significativa entre las creencias de LC en Salud y el ajuste psicológico Andrykowski y Brady (1994) en una muestra de enfermos con cáncer recién diagnosticado.

En nuestro estudio, vemos que hay una asociación entre los JCAS y el estado emocional debido a la QT. Así mismo, en el estudio de Jenkins y Burish (1995) con una muestra de 313 enfermos de cáncer con tratamiento de QT también se encuentra una relación entre las creencias de control interno y externo y el malestar debido a la QT, observando que los sujetos que creían en el control interno y externo presentaban menor malestar emocional relacionado con la QT mientras que los que creían en el azar puntuaban alto en malestar emocional relacionado con la QT. Estos hallazgos apoyan la afirmación de Wallston y colaboradores (1978) por la cual los sujetos que entienden la salud como el resultado de un esfuerzo común entre uno

mismo y el equipo de cuidadores profesionales debería estar asociado a un menor malestar emocional.

En resumen, parece que el tener un JCASI elevado y recibir QT produce un empeoramiento en el estado emocional pues la necesidad de controlar los efectos de la QT no se satisface. Sin embargo, tal como se ve en el estudio de Jenkins y Burish (1995), si se cree en un control personal y del equipo médico y del tratamiento entonces disminuye el malestar emocional relacionado con la sensación de descontrol que crea la QT. Nuestros datos indican, asimismo, que tener un JCASE alto, por sí solo, tampoco reduce el malestar ante la QT, tal y como comentaremos a continuación.

No se observa un efecto modulador del JCASE sobre los aspectos emocionales en el pase 1 éste, lo único que vemos es que el grupo de RT muestra menos malestar, lo cual se puede explicar por el efecto de la información sobre el tipo de tratamiento que se va a recibir, produciendo de entrada más ansiedad el saber que se va a recibir QT, tal como hemos comentado al analizar el JCASI en el pase 1. La interacción se da en el pase 2 (ver tabla 8.12. y gráfica 8.3.) y nos indica algo similar a lo ocurrido con JCASI, pues entre los pacientes con JCASE alto el grupo de QT está significativamente peor a nivel emocional que el grupo que recibe RT. Por lo tanto, podemos afirmar que tener un JCASE alto y recibir QT produce una mayor alteración emocional que el hecho de tener un JCASE moderado para los dos tipos de tratamiento.

Resumiendo, los pacientes con JCASI o JCASE altos que reciben QT, están emocionalmente más afectados que sus homólogos que reciben RT. Estos datos nos muestran que los estados de ánimo de los pacientes dependen tanto de los aspectos psicológicos (JC) como de los relativos al tipo de tratamiento (QT o RT). Además, nos están indicando que en ciertas situaciones (cuando se recibe QT) el poseer JC (internos o externos) altos no conlleva un mejor perfil emocional, contrariamente a lo que, en principio cabría esperar, ya que la bibliografía indica que un JC alto suele estar relacionado positivamente con el bienestar emocional en individuos con enfermedades físicas (Affleck et al., 1987; Cunningham et al., 1990), es decir,

aquellos enfermos que creen que pueden hacer algo sobre su enfermedad o sobre el estrés resultante de la enfermedad, tienen una adaptación psicológica a ésta más positiva que los sujetos que no lo creen. Contrariamente, la falta de control está relacionada con un aumento de ansiedad y depresión en muchos pacientes con cáncer (Derogatis et al., 1983; Freidenbergs et al., 1982; Meyerowitz, 1983; Shapiro et al., 1996).

Estas discrepancias encontradas entre los resultados de nuestro estudio y la bibliografía creemos que se deben, en parte, al hecho de que se han empleado enfermos con diferentes enfermedades, con diferentes cánceres, en diferentes estadios de la enfermedad, de diferentes sexos y edades; y evaluados en diferentes momentos de la enfermedad y con instrumentos diferentes que no permiten una buena comparación. De todas formas abordaremos en la discusión global una discusión más amplia de los resultados que hemos encontrado.

4. Subescala de Estatus Social.

En la subescala de Estatus Social se observa una interacción significativa para JCASI en los pases 1 y 2 que es prácticamente igual a la observada en la subescala Estatus Emocional, pero con una menor intensidad, donde los pacientes con JCASI alto y que reciben QT son los que tienen más problemas sociales. Por ello, nos basamos en las justificaciones ya especificadas en el apartado anterior sobre el Estatus Emocional por lo que pensamos que las personas que tienen un JC elevado pero no lo pueden utilizar, debido a que las circunstancias que están viviendo (en este caso la QT) impiden ejercer el control, experimentan un empeoramiento de su estado social.

Estos resultados no están apoyados por el estudio de Grassi et al. (1993) donde se observó que la estrategia de afrontamiento “espíritu de lucha” estaba asociado con un elevado nivel de apoyo social, mientras que la “indefensión” y el “fatalismo” estaban negativamente correlacionados con la dimensión “estatus social” en una muestra de 168 pacientes con cáncer. Posiblemente, la diferencia se justifica porque, en el caso de nuestros pacientes, la hipotética puesta en práctica de estrategias de afrontamiento

activo no conlleva un resultado exitoso que sí podría ocurrir en otros tipos de cánceres en estadios de la enfermedad menos avanzados que el de nuestro estudio.

En resumen, los grupos peor adaptados emocional y socialmente son los que tienen JCASI alto y reciben QT en los dos países. Es decir, vemos que la relación entre los JCASI y el malestar emocional y social está modulada por el tipo de tratamiento, resultado que no se puede contrastar con los estudios que relacionan el LC y la CV o el Ajuste emocional (Andrykowski y Brady, 1994; Jenkins y Burish, 1995; Bremer y colaboradores, 1997) pues no comparan sujetos en distintos grupos de tratamiento sino sujetos enfermos con sujetos sanos, así como tampoco distinguen para sus análisis dos grupos de JC (alto y bajo).

Debemos señalar que nos llama la atención que el JCASA no se manifieste significativo nunca, que el JCASE lo haga pocas veces y que el que tenga una mayor relevancia sea el JCASI. Es posible que dada una muestra mayoritariamente de hombres con una edad media de unos 60 años sea lógico que tengan más relevancia los JCASI que los JCASE y por supuesto que los JCASA debido a las características culturales propias de los hombres con esta edad pues dan mucha importancia a su capacidad de llevar adelante una enfermedad sin necesidad de mucha ayuda, y esto puede influir en que encuentren menos relevante la ayuda de los médicos y de los tratamientos. En cambio en estudios donde se comparan muestras de mujeres enfermas con mujeres sanas se da de forma más generalizada que las enfermas tengan puntuaciones elevadas en el LCE y a veces también en el LCI (Andrykowski y Brady, 1994; Jenkins y Burish, 1995; Bremer y colaboradores, 1997), hecho que también nos parece lógico, pues, por un lado, los sujetos sanos no presentan ninguna situación de amenaza para su salud que les haga depender de algún tipo de tratamiento o de conducta determinada y, por otro lado, las mujeres suelen dar mucha relevancia a la medicina y a los tratamientos en sus procesos de salud y en los de sus hijos, no en vano son las mujeres las principales usuarias de los servicios de salud.

En conclusión, parece que los JCAS no explican la evolución de los aspectos funcionales y sintomáticos, pues estos resultados dependen del tipo de tratamiento recibido. Y respecto a los aspectos psicosociales, los JCAS aportan una explicación

parcial que parece fundamentarse básicamente en el JCASI, y en menor medida, en el JCASA y que a su vez viene modulado por el tipo de tratamiento que reciben los sujetos, especialmente por la QT. No obstante, es posible que los JCAS que hemos construido no sean adecuados para detectar las influencias que creíamos poder encontrar. Es decir, puede ser que haya una dificultad con los puntos de corte que hemos escogido, por ser demasiado extremos y ello impida detectar de forma clara su posible influencia sobre otras variables.

9.3.2. Relación de los JCAS con el Índice Karnofsky

En los resultados obtenidos en los análisis ANOVA al relacionar los JCAS con el Índice Karnofsky (ver tabla 8.15.) hemos encontrado que éste no se comporta igual que la subescala Estatus Sintomático y que la subescala de Estatus Funcional del CVCP como cabría esperar, observándose mayoritariamente efectos de interacción con JCASI y JCASA.

Al observar la tabla 8.16. vemos que los valores medios del Índice Karnofsky en los tres primeros pases arrojan un perfil similar al de las subescalas Estatus Emocional y Estatus Social aunque inverso en lo que se refiere a las significaciones estadísticas. Los pacientes con JCASI bajo que reciben RT son los que están peor, en cambio, entre los enfermos con JCASI alto no hay diferencias según el grupo de tratamiento, con lo que encontramos una modulación por parte del tratamiento inversa a la encontrada en la relación entre el JCASI y los aspectos emocionales y sociales. Esto podría explicarse por el hecho de que el Karnofsky no está valorado por el sujeto, sino por el oncólogo, lo cual podría haber provocado valoraciones divergentes que condujeran al patrón de datos observado aquí, a partir de las consideraciones que establecemos a continuación al valorar las relaciones entre JCASA y Karnofsky.

En la relación entre el JCASA y el Índice Karnofsky en los pases 2 y 3 (relación que no hemos encontrado en las subescalas del CVCP), podemos observar en la tabla 8.17. una situación bastante similar a las ya descritas en relación al JCASI, donde el grupo que está significativamente peor es el que tiene un JCASA bajo y recibe RT, no observándose diferencias significativas entre los pacientes con JCASA alto. Este

resultado es, hasta cierto punto, paradójico, pues cabría esperar que los sujetos con JCASI bajo tuvieran un JCASA alto y fueran, entonces, los que manifestasen un peor Karnofsky. Nuestra hipótesis al respecto es difícil de demostrar, pero teóricamente factible. Sospechamos que los pacientes con JCAS bajos quizá exhiben un patrón de comportamiento “pesimista” (pues no consideran que una resolución satisfactoria de su situación dependa ni de ellos mismos ni de un “ente” como el destino) que sesga negativamente la valoración que de su estado funcional realiza el oncólogo, haciendo que éste juzgue que la situación del paciente es peor que como él mismo la vive, según el resultado que nos da el CVCP.

Desgraciadamente, no podemos contrastar estas consideraciones con otros trabajos pues no hemos encontrado ningún estudio que relacione alguno de los construcciones de control con el Índice Karnofsky.

9.3.3. Relación de los JCAS con los Ítems Clínicamente Relevantes

1. Ítem “Dolor”.

Como ya hemos indicado en el apartado 8.2.3., es de esperar que los ítems que hemos seleccionado conserven las mismas relaciones que las subescalas de las que forman parte y que la diferencia pueda estar en que, al ser aspectos clínicamente relevantes, muestren de manera más evidente las relaciones observadas en el análisis por subescalas.

Si observamos el ítem “Dolor” (ver tabla 8.18.), podemos ver que presenta un comportamiento similar al de la subescala de Estatus Sintomático, por lo que consideramos que existe un efecto debido al tratamiento, encontrando que la QT disminuye el dolor de los enfermos de forma significativa, es decir, lo que verdaderamente influye en las diferencias encontradas no son los JCAS sino el tipo de tratamiento. Este resultado nos indica que el dolor es un ítem relevante y muy representativo en la subescala Sintomática que está modulado por el tipo de tratamiento.

2. Ítem “Ansiedad”.

En relación al ítem “Ansiedad”, si observamos la tabla 8.20. vemos que su perfil en el pase 1 es muy similar al de la subescala Estatus Emocional. En el pase 1, los pacientes que van a recibir RT muestran menos ansiedad que los que van a recibir QT, lo cual es de esperar pues el tratamiento de QT produce una ansiedad inicial lógica ya que a nivel popular se suele conocer su parte más negativa, que corresponde a los efectos secundarios más visibles. En el pase 2, sin embargo, se observa tanto para JCASI como para JCASE, que padecen más ansiedad y de forma significativa los sujetos con un JC bajo que reciben RT, así como para el grupo con un JCASE alto que recibe QT. Como vemos, aquí se repite la asociación entre los JCAS y el tratamiento pero para JCASI y JCASE bajo con tratamiento de RT, excepto en el caso de JCASE alto donde se obtiene el mismo resultado que en la subescala Estatus Emocional.

En resumen, en el pase 1 hay un mayor nivel de ansiedad por parte de los sujetos que van a recibir QT, apoyando la idea de que sólo la información sobre el hecho de que van a recibir QT ya crea un incremento de ansiedad en los enfermos. Y en el pase 2, sólo en JCASE alto se repite el patrón encontrado en la subescala Estatus Emocional, tal como era de esperar. Sin embargo, en JCASI y JCASE bajos no se repite el mismo perfil de la subescala a la que pertenece este ítem. En principio no sabemos cómo explicar este fenómeno, pero una posible explicación podría ser que los pacientes con JCAS bajos sean más realistas y se asustan porque la enfermedad no mejora sino que empeora en el grupo de RT donde la disminución de síntomas como el dolor es mucho menor. Aunque no estamos seguros de cuál es el motivo de estos resultados contradictorios a la subescala Estatus Emocional, intentaremos perfilar una explicación en la discusión global.

3. Ítem “Estado de Ánimo”.

El comportamiento del ítem “Estado de Animo” muestra una pauta similar al del ítem “Ansiedad”, aunque más prolongada en el tiempo. Si observamos la tabla 8.23. la tendencia es que aunque en el primer pase el grupo que sabe que va a recibir QT

con JCASI alto está mucho más desanimado que los otros grupos, en el pase 2 la tendencia es la misma pero sin ser significativa, y en el pase 4 son los pacientes que reciben RT y con JCASI bajo los que están más deprimidos, lo cual coincide con el ítem “Ansiedad” y podemos aplicar la misma explicación.

Los resultados observados con JCASE (ver tabla 8.25. y gráfica 8.16.), indican por un lado, que en el pase 1 se replican los efectos observados para el total de la subescala Estatus Emocional, mostrando peor nivel emocional en los pacientes que reciben QT. Por otro lado la interacción observada en el pase 2 es similar a la observada en JCASI en el mismo pase y en la subescala Estatus Emocional para JCASE en el mismo pase, donde el grupo que está peor es el que recibe QT con un JCASE alto. En el pase 4 hemos encontrado un efecto del factor JCASE que consideramos espurio por las razones argumentadas en la exposición de los resultados.

Nuestros resultados son difícilmente compatibles con los de Christensen et al. (1991) donde vieron que una percepción de control elevada estaba asociada con un menor nivel de depresión en una muestra con 96 enfermos renales recibiendo tratamiento de hemodiálisis y en fase avanzada de la enfermedad; y el de Thompson et al. (1993) que vieron que una elevada percepción de control estaba relacionada con menos depresión en una muestra de 71 enfermos con cáncer. Podría ocurrir que, en nuestro caso, al tener una muestra tan homogénea en lo referente al diagnóstico y el estadio, que conlleven un rápido y evidente deterioro del estado de salud, no se manifestaran los posibles efectos beneficiosos de la sensación de control ya que ésta no iría acompañada de una comprobación “real” de que el problema de salud va disminuyendo. Es decir, podría ocurrir que nos halláramos ante un caso en el que el malestar emocional fuera determinado por una “intrusión de realidad” que anulase los posibles elementos beneficiosos de una “ilusión de control” que sí puede producirse (y mantenerse) en enfermedades menos graves e incluso en cánceres cuando el estadio no es avanzado y existen mejorías reales en el estado de los pacientes como consecuencia de la aplicación de tratamientos.

4. Ítem “Miedo”.

En relación a los resultados obtenidos en el ítem “Miedo” (ver tabla 8.26.), consideramos que muestran un patrón irregular y poco consistente, ya que ningún JCAS muestra un efecto repetido a lo largo de los pases. El que, en el pase 2, los pacientes que reciben QT muestran más miedo que los que reciben RT, quizás se pueda explicar por el mantenimiento del temor que produce el tratamiento de QT en sí, ya que como hemos comentado anteriormente es un tratamiento conocido popularmente como muy agresivo.

Nuestros resultados no concuerdan con los de Font (1989), pues él encontró una relación negativa entre el miedo y el LCI, y nosotros no hemos hallado esta relación. No obstante, dada la irregularidad de los resultados que hemos obtenido al analizar el ítem miedo y, por otro lado, el hecho de que ni el tipo de pacientes ni los constructos de control utilizados son los mismos, es difícil poder llegar a alguna conclusión consistente, pudiendo decirse únicamente que parecen tener más miedo, en los dos primeros pases, los pacientes del grupo que reciben QT por los motivos que hemos indicado anteriormente.

5. Ítem “Valoración General del Día”.

Y finalmente, comentaremos que la ausencia de resultados obtenidos con el ítem “Valoración General del Día”, ha sido sorprendente pues creíamos que este ítem sería más relevante, al tener un carácter general sobre la valoración de la CV. Ello nos hace pensar que este ítem depende más de la subescala Estatus Funcional que de las otras subescalas, ya que se observa un paralelismo en el hecho de no haber obtenido resultados. Sin embargo, en el estudio de Font (1989) se encontró que los pacientes con un bajo LCI valoraban el día como más negativo, pudiendo decirse al respecto lo que hemos indicado más arriba para el ítem “miedo”.

De todas maneras, el hecho de no encontrar resultados significativos nos podría indicar que o bien es un ítem poco sensible, o nuestros puntos de corte de los JCAS,

como hemos indicado anteriormente, no permiten observar relaciones con otras variables.

9.3.4. Relación de los JCAS con la Supervivencia

En cuanto a la Supervivencia, los resultados obtenidos han sido bastante sorprendentes, pues en los estudios revisados los resultados son poco claros y además no insinúan nada parecido a lo que nosotros hemos encontrado.

Por un lado, Cwikel et al. (1997) dicen que los predictores más potentes de la supervivencia de los enfermos en estadios avanzados son biológicos, encontrando sólo un estudio que relaciona el control azaroso con una mayor supervivencia, pero cuyas conclusiones descartan por presentar importantes problemas metodológicos. Por otro lado, Kreitler et al. (1997) no encontraron ninguna relación significativa entre el LC (medido con la escala unidimensional I-E de Rotter) y la supervivencia, sólo encontraron como predictores más importantes el estadio y el ajuste emocional. Watson et al. (1999) observaron un incremento en el riesgo de recaída y muerte a los 5 años en mujeres con puntuaciones elevadas en “Indefensión /Desesperanza” en comparación de aquellas que tenían bajas puntuaciones en esta dimensión del MAC. Si además presentaban una elevada puntuación en la escala “Depresión” del HAD el resultado era una reducción significativa de la supervivencia. Sin embargo el “Espíritu de Lucha” contrariamente a lo esperado, no guardaba relación con la supervivencia. Parece que ante las puntuaciones elevadas de Juicios de no Control (que sería la “Indefensión/Desesperación” y la “Depresión”) se incrementan las recaídas y el riesgo de fallecimiento a los 5 años. Y no parece que los JC positivos (el “Espíritu de Lucha”) se relacionen significativamente con la supervivencia, lo cual estaría de acuerdo con el hecho de que el LC no sea una variable predictora de la supervivencia, ya que los estudios no encuentran ninguna relación relevante en esta dirección. Sin embargo, en estudios realizados por Alexander et al. (1989) se observó que el uso de estrategias de autocontrol interno (como el yoga, la meditación y la relajación) estaba relacionado con una tendencia a alargar la vida de los enfermos terminales. En otros estudio con enfermos de cáncer se observó que la baja percepción de control y una actitud de indefensión ante la enfermedad son potentes

9. Discusión

predictores de la primera recidiva y de la muerte por la enfermedad (Anderson et al., 1994; Antoni y Goodkin, 1988; Di Clemente y Temoshok, 1985; Greer et al. (1979); Jensen, 1987; Pettingale et al., 1985; Watson et al., 1991).

De todas formas, las pocas investigaciones que relacionan el LC con la supervivencia suelen estar supeditadas a problemas metodológicos como es el caso de la reducida muestra utilizada en el estudio de Cwikel et al. (1997), o por el tipo de instrumentos utilizados como es el caso del estudio de Kreitler et al. (1997), donde utilizaron la escala unidimensional I-E de LC de Rotter, pues está demostrada su poca potencia predictiva.

En resumen, en este trabajo hemos encontrado que los sujetos que reciben QT con JCASI bajo parecen vivir el doble que los que reciben RT y más de un tercio que los tienen JCASI alto. Ante estos resultados parece quedar claro el efecto del tratamiento pero el efecto de la JCASI también podría estar presente. El efecto del tratamiento está comprobado con un estudio realizado por Pallarés et al. (1996), donde hicieron un análisis exhaustivo de la supervivencia (objetivo principal de este ensayo clínico randomizado) teniendo en cuenta como única variable moduladora el tratamiento en la muestra utilizada aquí, y encontraron que el grupo de enfermos que recibía QT vivía más que el grupo que recibía RT. Por otro lado, el efecto del JCASI también queda bastante corroborado, pues a lo largo del análisis de la CV hemos visto que en varios momentos el JCASI alto da lugar a una CV baja, especialmente para los aspectos emocionales, lo cual podría influir en la supervivencia de estos sujetos.

De todas formas, si comparamos nuestros resultados con los del estudio de Watson et al. (1999), vemos que con un JC elevado no se encuentra ningún resultado relevante. Sin embargo, en nuestro caso parece que un JCASI moderado junto con el tratamiento de QT sí que parece beneficioso en este tipo de enfermos de cáncer de pulmón avanzado. Este hecho se podría explicar teniendo en cuenta la posibilidad de que las personas con un JC elevado pueden acumular mucho estrés por intentar controlar algo tan incontrolable como es esta enfermedad, lo que puede tener como consecuencia un efecto negativo en los parámetros biológicos y por lo tanto en la supervivencia. De todas formas, no debemos olvidar que la muestra utilizada en este

estudio está en una fase avanzada de la enfermedad por lo que en general es consistente con la revisión bibliográfica donde se relaciona el LC con la supervivencia, y se remarca que la supervivencia en fases avanzadas del cáncer depende más de factores biológicos (como el estadio) y del tratamiento recibido (Pallarés et al., 1996), que de los JC.

9.4. DISCUSIÓN DEL OBJETIVO 3

Para elaborar el JCGAS, el primer problema al que nos hemos enfrentado ha sido escoger el criterio adecuado para construirlo con un sentido teórico y estadístico lógico. Y después de barajar alguna forma de elaboración, hemos optado por la suma de JCASI y JCASE en contraposición a JCASA. Es decir, el JCGAS es el juicio de control total en contraposición con lo que en principio es incontrolable (la suerte y el destino). Corroborando nuestra elección en la forma de elaborar un JC total, el trabajo de De Valck y Vinck (1996), utiliza el mismo procedimiento para extraer el HLOC total considerándolo como la suma del HLOC externo más el HLOC interno).

Una vez elaborado el JCGAS se ha obtenido una fiabilidad bastante aceptable aunque no enteramente satisfactoria ($\alpha=0.60$). Y el criterio utilizado para dividir el grupo de JCGAS bajo del JCGAS alto es el mismo que se ha utilizado para dividir en estos dos grupos a los JCAS por separado. Que en todos los casos, sobretodo en JCASI, JCASE y JCGAS es discutible pues a pesar de conseguir dos grupos homogéneos en cuanto al número de sujetos, podría ser criticable el hecho de tener dos grupos muy poco diferenciados en cuanto a su puntuación. Por estas razones, creemos que a nivel teórico puede ser interesante intentar buscar una forma de unir el JCASI y el JCASE y considerarlo como un JC general, pero a nivel psicométrico el JCGAS, a partir de nuestros resultados, parece ser mas bien una entelequia de difícil justificación. Además, al ver los resultados que se discutirán a continuación, no observamos una información especialmente relevante, por lo que creemos que el JCGAS es menos sensible que los JCAS por separado.

9.4.1. Relación del JCGAS con el CVCP

En el análisis para ver el tipo de efecto modulador del JCGAS y la JCASA sobre las variables dependientes de esta investigación, se ha tenido en cuenta, al igual que en el análisis de los JCAS, el tipo de tratamiento a que han sido sometidos los enfermos de la muestra (QT y RT) y los dos niveles del JCGAS (alto y bajo). Los criterios utilizados para considerar que un resultado es significativo o espurio son los mismos que los que se han planteado en el apartado 8.2.

En general, esperamos que las variables manifiesten sus efectos (en caso de que existan) de manera consistente, es decir, que los resultados encontrados en el apartado 8.2.1. se repliquen a lo largo de los pases y/o entre JCGAS y JCASA.

1. Subescala de Estatus Sintomático.

Respecto a la Subescala Estatus Sintomático del CVCP (ver tabla 8.31.) podemos observar un efecto debido al tipo de tratamiento en los pases 3 y 4, lo que coincide casi totalmente con lo observado al analizar los JCAS por separado en el apartado 8.2.1., con la excepción del efecto encontrado en el pase 2 que con el JCGAS no se encuentra. Por lo tanto, aquí también se evidencia de forma clara el efecto beneficioso de la QT sobre los síntomas físicos y la falta de efecto modulador por parte del JCGAS sobre esta subescala.

2. Subescala de Estatus Funcional.

En lo que se refiere a los aspectos de la subescala Estatus Funcional, no hemos encontrado ninguna relación significativa, tal como era de esperar, pues en el apartado 8.2.1. tampoco la hemos encontrado.

3. Subescala de Estatus Emocional.

Respecto a la subescala Estatus Emocional (ver tabla 8.32.), sólo se ha encontrado una interacción en el pase 2 que reproduce las interacciones encontradas en dicho pase para JCASI y JCASE. También indica que los sujetos con más malestar emocional son los que reciben QT y tienen un JCGAS alto, por lo que los comentarios realizados en el apartado anterior para esta subescala se también podrían aplicar aquí.

4. Subescala de Estatus Social.

En la Subescala Estatus Social no hemos encontrado ningún resultado significativo al igual que en la subescala Estatus Funcional. Sin embargo, en el análisis de los JCAS por separado sí que se ha encontrado una interacción significativa tanto en el pase 1 como en el pase 2 para JCASI.

Ante estos resultados podemos deducir que si bien los JCAS por separado no parecen muy potentes en relación a los aspectos sociales, parecen serlo todavía menos en el caso del JCGAS.

9.4.2. Relación del JCGAS con el Karnofsky

Si observamos la tabla 8.34. podemos ver que los resultados obtenidos son similares a los obtenidos en el análisis de los JCAS por separado, excepto que en el pase 3 no encontramos una interacción entre el JCGAS y el Karnofsky. Y también, hemos hallado las dos interacciones con JCASA encontradas en el apartado 8.2.2., viendo que los pacientes con JCASI bajo que reciben RT son los que tienen un Índice Karnofsky más bajo, y repitiéndose lo mismo en JCASA. Por lo tanto, volvemos a encontrar la paradoja mencionada en el apartado 9.3.2., y es que el Índice Karnofsky no coincide con la subescala Estatus Sintomático y la subescala Estatus Funcional del CVCP, y por otra parte, muestra un perfil similar al observado en las subescalas Estatus Emocional y Estatus Social. Creemos que las explicaciones a esta paradoja son las mismas que hemos dado en el apartado 9.3.2.

9.4.3. Relación del JCGAS con los Ítems Clínicamente Relevantes

1. Ítem “Dolor”.

Respecto a los resultados obtenidos al relacionar el JCGAS con el ítem “Dolor”, vemos que son menos claros que los observados al analizar los JCAS por separado. Únicamente en los pases 3 y 4 se observa el efecto exclusivo del tipo de tratamiento, que reproduce lo observado en el subapartado 8.3.2.1. al analizar la subescala Estatus Sintomático. No obstante, el resultado del pase 2 es similar al observado en el análisis del Índice Karnofsky (ver apartado 8.3.2.2.), mostrando mayor dolor los pacientes con JCGAS bajo que reciben RT. Por otro lado, en el pase 1 los pacientes con más dolor son los que tienen un JCGAS alto.

2. Ítem “Ansiedad”.

En el ítem “Ansiedad” (ver tabla 8.40.), en el pase 2 se observa que la interacción va en el mismo sentido que la observada en la subescala Estatus Emocional, sin embargo el análisis de efectos simples no detecta diferencias significativas. En el pase 1, el efecto debido al tipo de tratamiento es idéntico al observado en el apartado 8.2.3., mientras que el efecto del JCGAS en este pase indica que los sujetos con un nivel alto tienen mayor ansiedad que los que tienen un nivel bajo, lo cual viene apoyado por los estudios que encuentran unos resultados que van en este sentido y que hemos descrito en el apartado 9.3. para el mismo ítem.

3. Ítem “Estado de Ánimo”.

En el ítem “Estado de Animo” se repite un perfil similar al observado en las interacciones de los JCAS individuales, demostrando que los sujetos con JCGAS alto que van a recibir QT (pase 1) están más afectados de un estado depresivo y triste. Y en el pase 2, al igual que en JCASI no se observan diferencias significativas en JCGAS bajo ni en JCGAS alto.

4. Ítem “Miedo”.

En el ítem “Miedo” muestra resultados poco consistentes que además no coinciden con los encontrados en el apartado 8.2.3. En el pase 1 los pacientes que van a recibir QT muestran más miedo que los que van a recibir RT, al igual que pasa en el apartado 8.2.3. Sin embargo, en el pase 2, la interacción encontrada indica que los pacientes con más miedo son los que tienen un JCGAS alto y que reciben QT. Dicho resultado no nos parece bastante lógico pues los pacientes cuando llenan los cuestionarios en el segundo pase ya han experimentado la primera administración de QT que a veces produce más miedo que antes de conocer todos sus efectos secundarios inmediatos.

Dado que estos resultados no parecen muy consistentes creemos que también los podríamos considerar espurios.

5. Ítem “Valoración General del Día”.

Y finalmente, el ítem “Valoración General del Día” presenta unos resultados muy poco consistentes y un poco confusos, pues en el apartado 8.2.3. no se han encontrado resultados significativos y aquí sí. No obstante, el resultado obtenido en el pase 1, donde indica que los sujetos que van a recibir RT tienen menor malestar que los que van a recibir QT, coincide con lo observado en los ítems “Ansiedad” y “Miedo”, lo que avalaría la posibilidad de que éste ítem dependa de esos síntomas, cosa que no podíamos vislumbrar con la ausencia de resultados al analizar los JCAS por separado. De todas formas también podría ser un resultado producto del azar y lo podríamos considerar como espurio.

Resumiendo, con el JCGAS hemos encontrado resultados similares en algunos casos y ningún resultado significativo en otros casos en comparación con el análisis de los JCAS por separado. Lo que nos sugiere que esta variable general parece interesante teóricamente pero en la práctica parece perder fuerza y valor al compararla con los ya escasos resultados encontrados con el análisis de los JCAS por separado.

9.4.4. Relación del JCGAS con la Supervivencia

En este caso, al realizar el análisis del JCGAS con la Supervivencia, no hemos encontrado ningún resultado significativo, cosa que sí se observa en los análisis del JCASI con la Supervivencia. De estos resultados, deducimos, pues, que el JCASE no tiene relación con la Supervivencia y que al intentar analizar el JCGAS, el resultado significativo que parecía obtenerse con el JCASI se diluye sin conseguir replicar el resultado encontrado en el apartado 8.2.4.

9.5. DISCUSIÓN GLOBAL

Como reflexión inicial, podemos decir que en la medida en que exista relación entre las creencias de control y el comportamiento, el concepto de JC adquiere una especial importancia en las enfermedades crónicas y agudas en las que el curso y el pronóstico de las mismas depende enormemente de la colaboración del paciente, como es el caso de la Diabetes. De hecho en la mayoría de casos, cuando se indica la importancia de seguir un determinado tratamiento, lo que se pretende es aumentar la “internalidad”, es decir, responsabilizar al sujeto de sus acciones y aumentar sus expectativas de control. Esto también puede ser así en una enfermedad como el cáncer en la que hoy en día el paciente todavía se pone básicamente en manos del médico y tiene poco margen en la toma de decisiones sobre su enfermedad y el desarrollo de ésta. Por lo tanto, creemos que puede ser más importante, sobretodo en este tipo de cáncer de rápida evolución, conocer el tipo de control que el enfermo cree que le pueda ser beneficioso, y no la capacidad de control que pueda efectuar en sí mismo. Por este motivo creemos que el JC puede jugar un papel muy importante en la calidad de vida de los enfermos y la supervivencia.

En principio, los resultados obtenidos en este estudio son de carácter poco esclarecedor y nos podemos preguntar si realmente vale la pena seguir trabajando con el concepto Juicios de Control. Después de revisar algunos estudios publicados recientemente, pensamos que sí es interesante seguir en esta línea, pues se están realizando investigaciones parecidas a la nuestra. Citemos, por ejemplo, el estudio de

González-Tablas et al. (2001), donde se analiza el papel de tres expectativas generalizadas de control o EGC (Autoeficacia, LC y éxito) en el afrontamiento y el ajuste psicológico (ansiedad y depresión) en 52 mujeres con cáncer de mama. La muestra de mujeres fue dividida en dos grupos (ECG alto y ECG bajo) a partir de las puntuaciones. Se encontró que un EGC alto estaba asociado a un mayor uso de estrategias de búsqueda de apoyo social, planificación de solución de problemas, distanciamiento y reevaluación positiva y un menor uso de la estrategia de escape-avoidance. Además, las mujeres con un EGC alto mostraron niveles bajos de ansiedad y depresión, lo que sugiere que dicho patrón cognitivo está actuando como un mecanismo de protección ante la respuesta de estrés. Por otro lado, en el estudio de Sosa et al. (1999), se analizó en un grupo de 78 enfermas con cáncer de mama la relación existente entre el afrontamiento y el ajuste psicológico a la enfermedad. Se formaron cuatro grupos de pacientes resultantes de la combinación de puntuaciones extremas en dos estrategias de afrontamiento (Abatimiento-Desesperanza y Control Emocional y Cognitivo): un grupo alto Abatimiento-Bajo Control (n=9), un grupo bajo Abatimiento-bajo Control (n=7), un grupo alto Abatimiento-alto Control (n=9) y un grupo alto Abatimiento-bajo Control (n=10). Los resultados mostraron diferencias significativas en diversas variables (perturbación social, malestar psicológico, capacidad de relajación, miedos, etc.), resultando el grupo bajo Abatimiento-alto Control el menos perturbado y, el grupo alto Abatimiento-bajo Control el más perturbado.

Estos estudios pueden estar sugiriendo que vivir y manifestar emociones negativas, mantiene a las enfermas de cáncer de mama en una perspectiva de pasividad e indefensión respecto a su situación. Parece que, tal como obtienen otros estudios (Heim et al., 1987; Nelson et al., 1994), esas formas de afrontar la enfermedad de forma apática y con renuncia son poco efectivas a la hora de lograr un adecuado ajuste psicológico. Por el contrario, la forma de afrontar basada en el control emocional y cognitivo parece ejercer algún efecto beneficioso sobre las pacientes. Desde un punto de vista teórico, estos resultados son consistentes con modelos de orientación patogénica que se centran en las expectativas de no control como un factor de vulnerabilidad a la ansiedad y depresión (Miller, Shoda y Hurley, 1996). Por otro lado, consistentemente con modelos salutogénicos como la teoría de la

adaptación cognitiva de Taylor (1983, 1991) los datos que hacen referencia al patrón cognitivo de EGC alto como un recurso de personalidad que las personas llevan consigo, pueden estar actuando como un mecanismo protector o de “anticuerpos psicológicos” (Rosenbaum, 1990) que determine el que, ante sucesos vitales adversos, unas personas se adapten mejor que otras, manteniendo un mejor estado de bienestar psicológico.

Estos trabajos que acabamos de describir están de acuerdo con la idea de que existe una relación directa entre control y bienestar, pero muestran una dimensión complementaria que nosotros no hemos evaluado en nuestro estudio y que podría estar interviniendo en la génesis de resultados que hemos observado. En nuestro trabajo hemos valorado lo que el paciente “juzga”, pero no lo que el paciente “hace”, mientras que en las dos investigaciones anteriores se analiza lo que la paciente “hace” (estrategias de afrontamiento), encontrándose que “hacer” cosas conlleva un “juicio” de control positivo correlaciona con un mayor bienestar. Podría ocurrir que nuestros pacientes efectivamente “juzgasen” que tienen control pero no “hiciesen” cosas para ponerlo en práctica, o bien las acciones que llevasen a cabo podrían no ser las adecuadas para obtener un bienestar. Desgraciadamente, no poseemos datos sobre ello, por lo que queda planteada la pregunta de si el juicio de control positivo es condición necesaria, pero no suficiente, y debe acompañarse de acciones adecuadas y consecuentes con el mismo (estrategias de afrontamiento basadas en el “espíritu de lucha”, por ejemplo).

También cabe considerar la posibilidad de que la medida de los juicios de control que hemos empleado no sea suficientemente amplia y haya que utilizar valoraciones multidimensionales similares a las del estudio de González-Tablas et al. (2001). Al respecto, y cuando se inició este estudio, ya teníamos noticia de que Shapiro había creado ya en 1991 el Shapiro Control Inventory (Shapiro, 1991), para medir el sentido de control. Sin embargo, no nos pareció un instrumento útil para aplicarlo a los enfermos de cáncer y especialmente si están en una fase avanzada de la enfermedad, debido al elevado número de ítems que lo componen (137 ítems).

En definitiva y volviendo al planteamiento que guió este trabajo y permitió establecer los objetivos 2 y 3, parece que el LC por sí sólo no es mejor que otras aproximaciones y la nuestra no es peor que el LC. Sin embargo, parece, según los datos encontrados en los estudios antes citados, que los constructos multifacéticos como el EGC o el Abatimiento/Desesperanza-Control Emocional y Cognitivo han aportado una información más clara y amplia que lo que parece aportar en este estudio el constructo JC.

Ante la duda de si hemos dado explicaciones satisfactorias de los resultados encontrados, pensamos que en este estudio tenemos individuos extremos y muy extremos lo que provoca grandes dificultades a la hora de detectar si una variable influye en otra cuando los valores de una de ellas (en este caso los JCAS) son muy homogéneos. En el estudio de González-Tablas et al. (2001), por ejemplo, no ocurre este problema ya que, gracias a disponer de una muestra aparentemente más heterogénea, han obtenido resultados bastante claros. Quizás esta diferencia en la dispersión de los valores de los constructos de control, entre nuestro estudio y el de González-Tablas pueda deberse al tipo de cáncer, el sexo de los sujetos y sobre todo el estadio de la enfermedad que podría tener un peso específico importante en el momento de valorar los JC.

En suma, no hemos podido explicar que los JC jueguen un importante papel en el bienestar de los enfermos, pero el hecho de que no lo hayamos podido detectar no indica, en general, que el JC no pueda ser beneficioso para el bienestar de los enfermos de cáncer. De hecho, en la revisión de trabajos sobre la percepción de control y el estado de salud en el Síndrome Fibromiálgico de Martín-Aragón et al. (2000), se observa que tanto el LCI como la Competencia Percibida en salud se asocian significativamente con un mejor estado de salud, en términos de percepción de dolor, estado físico y emocional. Y, por otro lado, en el meta-análisis de Roesch y Weiner (2001) los resultados obtenidos también van en este sentido, observando que las atribuciones causales de control están indirectamente asociadas con un ajuste psicológico positivo a través del uso de la estrategia de aproximación y focalización a la emoción y, las atribuciones causales de no control están indirectamente asociadas con un ajuste psicológico negativo a través del uso de la estrategia de

evitación. Por lo tanto, viendo estos resultados obtenidos de revisiones de estudios que hacen referencia a otras enfermedades crónicas, pensamos que es posible que en nuestro caso se dé una situación muy particular debido a las características de la enfermedad y la muestra utilizadas que no nos permite extraer unos resultados esclarecedores del tema. Y parece que en este caso los resultados no dependen tanto de la posible acción moduladora del JC sino más bien de la vivencia que tienen los enfermos con el tratamiento o de lo que experimentan a nivel del progreso de la enfermedad y de los efectos secundarios del tratamiento. En este sentido, y como ya hemos señalado anteriormente, cobraría fuerza la hipótesis de una relación indirecta entre el juicio de control y el bienestar, y que vendría avalada por los resultados del trabajo clásico de Helgeson (1992) en pacientes cardíacos. Esta autora demostró que los mayores niveles de malestar y desadaptación se daban en dos casos: cuando la situación era muy amenazante, pero controlable, y el paciente tenía un bajo control percibido, y cuando la situación era altamente amenazante e incontrolable y el paciente tenía un alto control percibido. Este último caso podría ser un análogo de algunos resultados obtenidos en nuestro trabajo y podría ayudarnos a dar consistencia a la hipótesis de la relación indirecta y “desadaptativa” cuando el juicio de control es alto y la situación es “objetivamente” amenazante e incontrolable (como cuando se experimentan los efectos secundarios de la QT).

Así pues, las relaciones entre constructos de control y bienestar no son tan lineales y directas como puede parecer. En esta línea, el estudio de Thomson, Armstrong y Thomas (1998), intenta hacer un análisis exhaustivo de los parámetros que pueden regular dicha relación y en concreto especifica cinco (los factores relacionados con las habilidades, el énfasis en el éxito y el fracaso, las necesidades de resultados, el estado de ánimo y la intrusión de la realidad) y sugieren la posibilidad de encontrar resultados nada triviales. Es posible, por lo tanto, que en nuestro caso, se hayan dado unas circunstancias extremas que reflejen una de esas situaciones complejas en las que la relación control-bienestar no es, ni mucho menos lineal. En esta línea es también factible suponer que el control será útil si se combina con otras estrategias orientadas a la manipulación del tono emocional como han señalado López-Roig, Pastor y Castejón (1999). En dicho trabajo se presenta una revisión de estudios que permite concluir que los pacientes con cáncer utilizan combinaciones de estrategias

que tienen que ver con categorías y dimensiones de afrontamiento diferentes, con claras repercusiones a corto plazo en el estado emocional. Así, usar sólo estrategias de tipo emocional puede ser positivo en un principio y negativo a largo plazo, como se refleja en el estudio de Stanton et al. (2000), donde encontraron que en una muestra de 92 mujeres con cáncer de mama que utilizaban un afrontamiento basado en una elevada expresividad emocional sobre el cáncer hacían menos visitas médicas relacionadas a los síntomas mórbidos de la enfermedad y presentaban menos distrés que las mujeres que se expresaban menos emocionalmente. Sin embargo, la expresión emocional estaba relacionada con la aparición de un índice elevado de distrés a largo plazo.

En cuanto al papel del afrontamiento en la evolución de la enfermedad (supervivencia), se hace necesaria mayor cantidad de estudios que muestren de un modo sistemático la relación entre un parámetro psicológico y resultados clínicos, teniendo en cuenta que, en esa relación, los niveles de análisis y variables implicadas aún hacen más compleja la clarificación de los procesos implicados y de sus resultados. Sin embargo, aunque los estudios son escasos y las medidas heterogéneas, los resultados apuntan la posibilidad de que la falta de afrontamiento en el marco de un estilo cognitivo negativo al que acompañaría un estado emocional depresivo constituya un factor de riesgo en términos de supervivencia. Por lo tanto, de alguna manera, nuestros resultados en relación con la supervivencia pueden ser compatibles con esta perspectiva, pues los sujetos que tienen un JCASI moderado (y que por lo tanto, como hemos explicado en el apartado 9.3., no se estresarían tanto por obtener control) y reciben un tratamiento basado en QT viven más, quizás debido a que la QT tiene un efecto claro en reducir el tumor y el dolor.

En resumen, en ciertos casos la relación control-bienestar no es lineal ni directa, y quizá por eso nosotros (que desde un principio partíamos de una perspectiva lineal) no lo hemos podido observar y no hemos podido aclarar el papel de los JC en estos enfermos. Además, creemos que, como ya hemos señalado antes, tenemos una situación muy particular, pues por un lado, nuestra muestra de 92 enfermos de cáncer de pulmón avanzado es especialmente homogénea debido a los criterios determinados para confeccionarla y, por otro, puede venir marcada por una súbita

9. Discusión

“intrusión de la realidad” (uno de los parámetros que Thompson y sus colaboradores consideran básico como regulador de la relación entre el control y el bienestar) que no permite que los sujetos puedan experimentar una ilusión de control que podría ser la responsable de la hipotética relación directa entre juicios de control positivos y bienestar físico y emocional.

Para finalizar, señalaremos que los resultados obtenidos y su interpretación quedan sesgados por diversas limitaciones del trabajo. Una primera limitación tiene que ver con la naturaleza del estudio. Dado que se trata de un estudio correlacional y longitudinal no se puede hablar de causalidad sino de meras asociaciones en cuatro momentos diferentes de la enfermedad.

Una segunda limitación está relacionada con la pérdida de sujetos en cada uno de los países y la homogeneidad en su estado físico.

Otra tercera limitación afecta a la homogeneidad de opiniones de la muestra, pues prácticamente todos los sujetos contestaron a los JCAS de forma muy extrema, especialmente en el JCASI y en el JCASE, donde los altos tenían la puntuación máxima y los bajos tenían puntuaciones moderadas y bastante altas, por lo que nos hemos visto obligados a hacer unos puntos de corte también muy extremos. En este caso, pues, debemos ser cautos con la generalización de los resultados para los enfermos y en todo caso sólo los podemos extrapolar a muestras de enfermos que reúnan características similares a los nuestros.

Al hilo de la reflexión anterior, no deja de ser paradójico que aún cuando la homogeneidad de opiniones no es tan patente en el caso del JCASA (que es el único JC que tiene a nuestro entender un punto de corte más equilibrado), no podemos tampoco observar resultados significativos.

Una cuarta limitación tiene que ver con la operalización de los JC, al aplicar un instrumento poco utilizado y que en su inicio había sido creado para evaluar el LC. Al valorar sus características durante el presente estudio consideramos que en realidad no evaluaba el LC sino JCAS. Es posible que si hubiéramos tenido este

planteamiento al inicio hubiéramos diseñado un instrumento distinto que quizá hubiera podido darnos resultados más claros.

Por último, a pesar de no haber encontrado resultados verdaderamente claros en la posible acción moderadora de los JCAS en la CV, el estado emocional y la Supervivencia, no ha sido sino hasta el desarrollo de estudios recientes donde se han empleado constructos multifacéticos con los que se ha aportado evidencia sobre las estrategias como mecanismo a través del cual variables disposicionales de personalidad afectan al grado de ajuste psicológico (Major et al., 1998; Wanberg, 1997). Sin embargo, nuestro estudio fue diseñado antes de que estos estudios fueran publicados

Con todo lo dicho, creemos que en futuros estudios en pacientes con cáncer sería interesante examinar el papel de las estrategias específicas de afrontamiento y de las expectativas específicas de control como mecanismos mediadores entre las EGC (expectativas generales de control) y el ajuste psicológico durante la enfermedad.

Desde una perspectiva aplicada, podría ocurrir que los JCAS jugasen el rol de instrumento de exploración inicial para ver en qué sujetos debemos intervenir psicológicamente. Para esto deberían realizarse estudios con otras muestras de enfermos con cánceres diferentes y estadios más iniciales y utilizando el constructo Competencia Percibida que incluye la Autoeficacia y el LC. Pensamos que sería interesante que futuros estudios comprobaran la capacidad predictiva de estos constructos de forma conjunta con los JCAS.

Finalmente, el resultado de la relación entre JCASI y la supervivencia, aunque lo debemos coger con cautela, nos permite especular que la enfermedad de cáncer de pulmón avanzado, a pesar de ser irreversible, puede dar lugar a una evolución menos predecible de lo que puede parecer desde el punto de vista médico. De ahí que, consistentemente con la teoría de la adaptación cognitiva de Taylor (1983, 1991) sobre ilusiones positivas y de acuerdo con las últimas investigaciones en el campo de la psiconeuroinmunología, encontramos justificado proponer como intervención psicológica el promover un JCASI moderado junto con el tratamiento de QT, pues el

JCASI moderado también puede estar actuando como un recurso de la personalidad o “anticuerpo personológico” (como indican González-Tablas et al., 2001) permitiendo que algunos sujetos afronten y se adapten mejor que otros ante una misma situación adversa, consiguiendo incluso alargar su supervivencia.

A tenor de los resultados obtenidos en el presente estudio y los observados en los estudios dirigidos a la intervención psicológica de los enfermos con cáncer, que señalan que se deberían incluir programas de educación para la salud, manejo del estrés y habilidades de afrontamiento (Fawzy y Fawzy, 1994; Kidman y Edelman, 1997; Van der Pompe, Antoni, Visser y Garsse, 1996) y terapia de apoyo (Gabaldón, Mayoral y Páez, 1997), consideramos que las estrategias de afrontamiento frente al cáncer resultan de vital importancia para la Psico-oncología. Además, podría determinarse con más claridad si ciertos estilos de afrontamiento basados en ejercer control son o no promotores de un mejor estado psicológico, dependiendo de si los JCAS son adecuados a la situación. Esto, sin duda, contribuiría a aumentar nuestras expectativas de éxito a la hora de diseñar programas de intervención dirigidos a fomentar modos saludables de hacer frente a la enfermedad oncológica, con el fin de lograr un buen ajuste de los pacientes, un mejor bienestar y, si es posible, una mejor recuperación física y psicológica y, si cabe, un incremento en la supervivencia, que es, en última instancia, la meta deseada por todos los profesionales de la salud.

10. CONCLUSIONES

A partir de los resultados de esta investigación, podemos destacar las conclusiones que vamos a describir a continuación.

10.1. CONCLUSIONES SOBRE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

1. El CVCP utilizado en esta investigación para evaluar específicamente la CV de los enfermos con cáncer de pulmón avanzado cumple satisfactoriamente los criterios de validez y fiabilidad, demostrando su consistencia y adecuación para medir psicométricamente y clínicamente lo que pretende. Además, es más breve, parece más sensible que el EORTC QLQ LC-13 y tiene un sentido multicultural que facilita la adaptación a otras culturas debido a la estructura del instrumento en forma de escalas analógico-visuales.
2. A pesar de que el JCAS es un instrumento psicométricamente válido y fiable, debido a la homogeneidad de puntuaciones obtenidas, no podemos asegurar que éste sea válido y fiable a efectos prácticos.
3. Los enfermos de cáncer de pulmón avanzado de este estudio valoran como muy importante para curarse los JCASI y los JCASE, y en segundo plano los JCASA.

10.2. CONCLUSIONES SOBRE EL OBJETIVO 1

1. A pesar de no haber síntomas de curación, los enfermos que se mantienen con un buen Karnofsky a lo largo de los 4 pases mantienen unos JCASI y unos JCASE muy elevados, y unos JCASA más moderados. Lo cual significa, que los juicios de los enfermos que sobreviven de forma estable durante el periodo de evaluación de este instrumento son bastante consistentes a lo largo del tiempo, a pesar de que la enfermedad no mejore sustancialmente. Sin embargo, no

podemos evaluar los JCAS que tienen los enfermos cuyo estado se agrava tanto que no pueden ni rellenar los cuestionarios debido a su deterioro físico, por lo tanto no sabemos si los JCAS son estables o no en estos últimos pacientes.

10.3. CONCLUSIONES SOBRE EL OBJETIVO 2

1. La mejora del Estatus Sintomático de los enfermos con cáncer de pulmón avanzado viene determinada por la QT.
2. El Estatus Funcional no está modulado por el tratamiento ni por los JCAS, posiblemente debido a que los sujetos de la muestra son homogéneos respecto a su Índice Karnofsky a lo largo de los 4 pases.
3. El JCASI alto conlleva un empeoramiento del malestar emocional debido a la QT, cosa que no se observa en pacientes con JCASI bajo pues el estado emocional es el mismo independientemente de que se reciba QT o RT.
4. Desde el punto de vista del Estatus Social los grupos peor adaptados socialmente son: el grupo que tiene un JCASI alto y recibe QT y el grupo que tiene JCASI bajo y recibe RT.
5. Los sujetos con JCASI bajo y tratamiento de QT tienden a alargar su vida en una media de 100 días más que los sujetos con JCASI alto que reciben QT.
6. En general, parece que los JCAS aportan poco a la comprensión de los aspectos funcionales y sintomáticos y, respecto a los aspectos psicosociales aportan una explicación parcial que sólo parece fundamentarse en el JCASI y, en menor medida, en el JCASE, no encontrándose relaciones en función del JCASA.

10.4. CONCLUSIONES SOBRE EL OBJETIVO 3

1. El JCGAS es un JC general que parece interesante a nivel teórico pero que a nivel práctico parece ejercer menos fuerza moduladora sobre la calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado (valorada con el CVCP, el Índice Karnofsky y los Ítems Clínicamente Relevantes) que los JCAS por separado.
2. El JCGAS no confirma el posible efecto modulador sobre la Supervivencia observado con el JCASI.

10.5. CONCLUSIONES GLOBALES

1. Es muy posible que la situación valorada en este trabajo constituya un caso extremo de relaciones indirectas entre constructos de control y de CV cuya elucidación requiera de metodologías más potentes y precisas que las que hemos podido utilizar en el presente estudio.
2. Al hilo de ello, algunos de nuestros resultados son compatibles con la idea de que, en determinados casos como los que conllevan una situación poco controlable, un juicio de control elevado no se corresponde con un mayor bienestar.
3. En consecuencia, debe asumirse con cautela la aseveración frecuente e imperante en la Psicología de la Salud de que un JC positivo es beneficioso, y debería valorarse si el posible beneficio está mediado, o no, por las conductas que el individuo lleva a cabo a partir de ese JC.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

AARONSON, N.K.; AHMEDZAI, S.; BERGMAN, B; BULLINGER, M.; CULL, A.; DUEZ, N.J.; FILIBERTI, A.; FLECHTNER, H.; FLEISHMAN, S.B.; DE HAESM, J.C.J.M.; KAASA, S.; KLEE, M.; OSOBA, D.; RAZAVI, D.; ROFE, P.B.; SCHRAUB, S.; SNEEUW, K. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of National Cancer Institutud*, 85, 365-376.

ABELES, R.P. (1990). *Schemas, sense of control, and aging*. En: J. Rodin, C. Schooler y K.W. Schaie (Eds.). *Self-directedness: Causes and effects throughtout the life course* (pp. 85-94). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

AFFLECK, G.; TENNEN, H.; PFEIFFER, C.; FIFIELD, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 2, 273-279.

ALEXANDER, C.N.; LANGER, E.J.; NEWMAN, R.I.; CHANDLER, H.M.; DAVIES, J.L. (1989). Transcendental meditation, mindfulness and longevity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 950-964.

ALLOY, L.B.; ABRAMSON, L.Y. (1979) Judgement of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser?. *Journal of Experimental Psychology General*, 108, 4, 441-485.

ANDERSON, B.L.; KIECOLT-GLASER, K.K.; GLASER, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American Psychologist*, 49, 389-404.

ANDRYKOWSKI, M.A.; BRADY, M.J. (1994). Health locus of control and psychological distress in cancer patients: Interactive effects of context. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 5, 439-458.

Bibliografía

ANTONI, M.; GOODKIN, K. (1988). Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia: 1. Personality facets. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 327-338.

AVERILL, J.R. (1973). Personal control over aversive estímulos and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80, 286-303.

BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

BANDURA, A.; ADAMS, N. E.; HARDY, A. B.; HOWELS, G. N. (1980). Test of the generality of self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 39-66.

BATTLE, E.; ROTTER, J. (1963). Children's feelings of personal control as related to social class and ethnic group. *Journal of Personality*, 31, 402-490.

BECK, A.; WEISHAAR, M.E. (1989). *Cognitive therapy*. En: R. Corsini y D. Wedding (Eds.). *Current Psychoterapies* (4th Ed.).(pp.284-320). Itasca. IL: Peacock.

BERGMAN, B.; AARONSON, N.K.; AHMEDZAI, S.; KAASA, S.; SULLIVAN, M. (1994). The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. *European Journal of Cancer*, 30 a, 5, 635-642.

BIALER, J. (1961). Conceptualization of success and failure in mentally retarded children. *Journal of Personality*, 29, 303-320.

BLASCO, T. (1998). *Un modelo integrador para la Psicología del Control*. Manuscrito no publicado.

BLASCO, T.; BAYÉS, R. (1992). Adaptation to illness in cancer patients: A preliminary report. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 3, 207-211.

BLASCO, T.; VILLAMARÍN, F. (1993). Expectativas de eficacia y de resultados en pacientes de cáncer sometidos a quimioterapia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 67, 689- 706.

BLASCO, T.; BORRAS, F. X.; REY, M.; BONILLO, A.; FERNANDEZ CASTRO, J. (1997). Efectos de un procedimiento de inducción de estados de ánimo sobre el recuerdo de palabras. *Anales de Psicología*, 13, 2, 163-175.

BLASCO, T.; FERNÁNDEZ-CASTRO, J.; DOVAL, E.; MOIX, J.; ROVIRA, T.; SANZ, A. (1999). Competencia personal y estrés. *Ansiedad y Estrés*, 5, 2-3, 261-273.

BLASCO, T.; PALLARÉS, C.; ALONSO, C.; LÓPEZ LÓPEZ, J.J. (2000). The role of anxiety and adaptation to illness in the intensity of postchemotherapy nausea in cancer patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 3, 1, 39-54.

BOVBJERG, D.H.; REDD, W.H.; JACOBSEN, P.B.; MANNE, S.L.; TAYLOR, K. L.; SURBONE, A.; CROWN, J.P.; NORTON, L.; GILEWSKI, T.A.; HUDIS, C.A.; REICHMAN, B.S.; KAUFMAN, R.J.; CURRIE, V.E.; HAKES, T.B. (1992). An experimental analysis of classically conditioned nausea during cancer chemotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 54, 623-637.

BRADLEY, C.; BREWIN, C.R.; GAMSU, D.; MOSES, J. (1984). Development of scales to measure perceived control of diabetes mellitus and diabetes related health beliefs. *Diabetic Medicine*, 1, 213-218.

BRADLEY, C.; LEWIS, K.; JENNINGS, A; WARD, S. (1990). Scales to measure perceived control developed specifically for people with tablet-treated diabetes. *Diabetic Medicine*, 7, 685-694.

Bibliografía

BROWN, P.C.; SMITH, T.W. (1992). Social influences, marriage, and the heart: Cardiovascular consequences of interpersonal control in husbands and wives. *Health Psychology, 11*, 88-96.

BREMER, B.A.; MOORE, C.T.; BOURBON, B.M.; HESS, D.R.; BREMER, K.L. (1997). Perceptions of control, physical exercise, and psychological adjustment to breast cancer in south african women. *Annuari of Behavioral Medicine, 19*, 1, 51-60.

BREWING, C.; SHAPIRO, D. (1984). Beyond locus of control: attribution of responsibility for positive and negative outcomes. *British Journal of Psychology, 15*, 43-50.

BUNDEK, N.I.; MARKS, G.; RICHARDSON, J.L. (1993). Role of health locus of control beliefs in cancer screening of elderly hispanic women. *Health Psychology, 12*, 3, 193-199.

CALVETE, E.; SAMPEDRO, R. (1991). Reactividad cardiovascular al estrés y locus de control. *Análisis y Modificación de Conducta, 17*, 51, 33-46.

CAMPIS, L.; LYMAN, R.; PRENTICE-DUNN, S. (1986). The parental locus of control scale: development and validation. *Journal of Clinical Child Psychology, 15*, 260-267.

CATANIA, J.; MC DERMOTT, L.; WOOD, J. (1984). Assessment of locus of control: situational specificity in the sexual context. *Journal of Sex Research, 20*, 310-324.

CHALLIS, G.B.; STAM, H.J. (1992). A longitudinal study of the development of anticipatory nausea and vomiting in cancer chemotherapy patients: The role of absorption and autonomic perception. *Health Psychology, 11*, 181-189.

CHERLIN, A.; BOURQUE, L. (1974). Dimensionality and reliability of the Rotter I-E Scale. *Sociometry, 37*, 565-582.

CHRISTENSEN, A.J.; TURNER, C.W.; SMITH, T.W.; HOLMAN, J.M.; GREGORY, M.C. (1991). Health locus of control and depression in end-stage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 3, 419-424.

COHEN, S.; EVANS, G.W.; STOKOLS, D.; KRANTZ, D.S. (Eds.) (1986). *Behavior, health, and environmental stress*. New York: Plenum Press.

COLLINS, B. (1974). Four components of the Rotter Internal-External Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 381-391.

CONNELL, J. (1985). A new multidimensional measure of children's perceptions of control. *Child Development*, 56, 1018-1041.

CRANDALL, V.; KATKOVSKY, W.; CRANDALL, V. (1965). Children's belief in their own control of reinforcement in intellectual-academic achievement situations. *Child Development*, 36, 91-109.

CULLEN, M.H.; BILLINGHAM, L.J.; WOODROFFE, C.M.; CHETIYAWARDANA, A.D.; GOWER, N.H.; JOSHI, R.; FERRY, D.R.; RUDD, R.M.; SPIRO, S.G.; COOK, J.E.; TRASK, C.; BESSELL, E.; CONNOLLY, C.K.; TABIAS; SOUHAMI, R.L. (1999). Mitomycin, Ifosfamide and Cisplatin in unresectable Non-Small-Cell lung cancer: Effects on survival and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 17, 10, 3188-3194.

CUNNINGHAM, A.J.; LOCKWOOD, G.A.; CUNNINGHAM, J.A. (1990). A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 17, 71-88.

CWIKEL, J.G.; BEHAR, L.C.; ZABORA, J.R. (1997). Psychological factors that affect the survival of adult cancer patients: A review of research. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15, 3-4, 1-34.

Bibliografia

DAHLQUIST, L.; OTTINGER, D. (1983). Locus of control and peer states: a scale for children's perceptions of social interactions. *Journal of Personality Assessment*, 47, 278-287.

DE VALCK, C.; VINCK, J. (1996). Health locus of control and quality of life in lung cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 28, 179-186.

DE VELLIS, R.; DE VELLIS, B.; REVICKY, D.; LURIA, S.; RUNYAN, D.; BRISTON, M. (1985). Development and validation of the child improvement locus of control (CILC) Scale. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 39, 307-324.

DEROGATIS, L.R. (1976). The psychological adjustment to illness scale (PAIS). *Psychosomatic Research*, 30, 77-91.

DEROGATIS, L.R.; MORROW, G.R.; FETTING, J.; PENNAN, D.; PINTESKY, S.; SCHWALE, A.M.; HENRICHS, M.; CARNICKE, C.L.M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.

DI CLEMENTE, R.J.; TEMOSHOK, L. (1985). Psychological adjustments to having cutaneous malignant melanoma as a predictor of follow-up clinical status. *Psychosomatic Medicine*, 47, 81.

DONOVAN, D.; O'LEARY, M. (1978). Drinking-related locus of control scale: reliability, factor structure and validity. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 759-784.

DOWALIBY, F.; MC KEE, B.; MAHER, H. (1983). A locus of control inventory for postsecondary hearing-impaired students. *American Annals of Deaf*, 128, 884-889.

DUKE, M.; COHEN, B. (1975). Locus of control as indicator of patient cooperation. *Journal of the American College of Dentists*, 42, 174-178.

DUKE, M.; COHEN, B. (1975). Locus of control as an indicator of patient co-operation. *Journal of the American College of Dentist*, 42, 174-178.

DUKE, M.; SHAHEER, J.; NOWICKY, S. (1974). The determinants of locus of control in a geriatric population and subsequent test of the social learning model for interpersonal distance. *Journal of Psychology*, 76, 277-285.

DUTTWEILER, P. (1984). The internal control index: a newly developed measure of locus of control. *Educational and Psychological Measurement*, 44, 209-221.

EVANS, G.W.; SHAPIRO, D.H.; LEWIS, M.A. (1993). Specifying dysfunctional mismatches between different control dimensions. *British Journal of Psychology*, 84, 255-273.

FALLER, H.; SCHILLING, S.; LANG, H. (1995). Causal attribution and adaptation among lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 5, 619-627.

FAWZY, F.I.; FAWZY, N.W. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital psychiatry*, 16, 3, 149-192.

FERGUSON, E.; DODDS, A.N.; FLANNIGAN, L. (1994). Perceived control: distinct but related levels of analysis?. *Personality and Individual Differences*, 16, 3, 425-432.

FERNÁNDEZ CASTRO, J.; ALVAREZ, M.; BLASCO, T.; DOVAL, E.; SANZ, A. (1998). Validación de la Escala de Competencia Personal Percibida de Wallston: implicaciones para el estudio del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 4, 1, 31-41.

FERRARO, L.; PRICE, J.; DESMOND, S.; ROBERTS, S. (1987). Development of a diabetes locus of control scale. *Psychological Reports*, 61, 763-770.

Bibliografía

FERRERO, J.; BARRETO, P.; TOLEDO, M. (1994). Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: An exploratory study. *Psycho-Oncology*, 3, 223-232.

FOLKMAN, S. (1984). Personal control and stress and coping processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

FONT, A. (1988). *Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer*. Tesis Doctoral. Bellaterra (Barcelona). Universidad Autónoma de Barcelona.

FONT, A. (1989). Locus de control en situaciones de indefensión producida por amenaza real. *Psicologemas*, 3, 6, 225-244.

FONT A.; BAYÉS, R. (1993) *Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas*. En: M. Forns y M.T. Anguera (Eds.). *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: Universitat 53. PPU. (pp.175-195).

FREIDENBERG, L.; GORDON, W.; HIBBARD, M.; LEVINE, L.; WOLF, C.; DILLER, I. (1982). Psychosocial aspects of living with cancer: A review of the literature. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 303-329.

FRIEDMAN, M. (1989). Type A behavior: Its diagnosis, cardiovascular relation and the effect of its modification on recurrence of coronary artery disease. *The American Journal of Cardiology*, 64, 12c-19c.

FURNHAM, A. (1986). Economic locus of control. *Human relations*, 39, 29-43.

FURNHAM, A.; SADKA, V.; BREWIN, C. (1991). The development of an occupational attributional style questionnaire. *Journal of Organizational Behaviour*, 13, 27-39.

FURNHAM, A. (1992). *A parental locus of control scale*. Bajo consideración editorial.

FURNHAM, A.; STEELE, H. (1993). Measuring locus of control: A critique of general, children's, health- and work-related locus of control questionnaires. *British Journal of Psychology*, 84, 443-479.

GABALDON, O.; MAYORAL, J.L.; PAEZ, D. (1997). Afectividad, apoyo social, represión, alexitimia y grupos de apoyo. *Boletín de Psicología*, 41, 31-35.

GEORGIU, A.; BRADLEY, C. (1992). The development of a smoking specific locus of control scale. *Psychology and Health*, 6, 227-240.

GILLESPIE, C.; BRADLEY, C. (1988). Causal attributions of doctor and patients in a diabetes clinic. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 67-76.

GONZALEZ-TABLAS, M.M.; PALENZUELA, D.L.; PULIDO, R.F.; SAEZ REGIDOR, L.M.; LOPEZ PEREZ, E. (2001). El papel de las expectativas generalizadas de control en el afrontamiento y ajuste psicológico en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7, 1, 1-14.

GLASS, D.C. (1977). *Behavior patterns, stress and coronary disease*. Hillsdale. NJ: Erlbaum.

GRASSI, L.; ROSTI, G.; LASALVIA, A.; MARANGOLO, M. (1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 2, 11-20.

GREER, S.; MORRIS, T.; PETTINGALE, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet*, ii, 785-787.

GROOTENHUIS, M.A.; LAST, B.F.; GRAAF-NIJKERK, J.H.; VAN DER WEL, M. (1996). Secondary control strategies used by parents of children with cancer. *Psycho-Oncology*, 5, 91-102.

Bibliografia

GROOTENHUIS, M.A.; LAST, B.F. (1997). Predictors of parental emotional adjustment to childhood cancer. *Psycho-Oncology*, 6, 115-128.

GRUEN, G.; KORTE, J.; BAUM J.(1974). Group measure of locus control. *Developmental Psychology*, 10, 683-686.

GURIN, P.; GURIN, G.; LAO R.; BEATTIE M. (1969). Internal-external control in the motivation dynamics of Negro youth. *Journal of Social Issues*, 25, 29-53.

HELGESON, V.S. (1992). Moderators of relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 4, 656-666.

HEIM, E.; AUGUSTINE, K.F.; BLASER, A.; KUHUE, D.; ROTHENBUHLER, M.; SCHAFFUER, L.; VALACH, L. (1987). Coping with breast cancer: A longitudinal breast cancer study. *Psychotherapy Psychosomatics*, 48, 44-59.

HILL, D.; BALE, R. (1981). Measuring beliefs about where psychological pain originates and who is responsible for its alleviation. *Research with Locus of Control Construct*, 1, 281-321.

HOLMAN, J.M.; GREGORY, M.C. (1991). Health locus of control and depression end-stage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 3, 419-424.

HOUSTON, B.K.; CHESNEY, M.A.; BLACK, G.W.; CATES, D.S.; HECKER, M.H.L. (1992). Behavioral clusters and coronary heart disease risk. *Psychosomatic Medicine*, 54, 447-461.

JACOBSEN, P.B.; BOVBJERG, D.H.; REDD, W.H. (1993). Anticipatory anxiety in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Health Psychology*, 12, 469-475.

JAMES, W. H. (1957). *Internal versus external control of reinforcement as a basic variable in learning theory*. Tesis doctoral no publicada, Ohio State University.

JENKINS, R.A.; BURISH, T.G. (1995). Health locus of control, chemotherapy-related distress, and response to behavioral intervention in cancer patients. *Psychological and Health*, 10, 463-475.

JENSEN, M. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality*, 55, 317-342.

JONES, J.; WUEBKER, L. (1985). Development and validation of the safety locus of control scale. *Perceptual and Motor Skills*, 61, 151-161.

JUAN, E.(1997). *Adaptación de un instrumento de valoración de la calidad de vida en enfermos con cáncer de pulmón*. Trabajo de Investigación. Bellaterra (Barcelona): Universidad Autónoma de Barcelona.

JUAN, E.; BLASCO, T.; FONT, A. (1998). Evaluación de la calidad de vida en el cáncer de pulmón: Una revisión crítica. *Boletín de Psicología*, 59, junio, 7-19.

JUAN, E.; BLASCO, T.; FONT, A.; PALLARÉS, C.; SANZ, A. (1999). Un nuevo instrumento para valorar la calidad de vida en cáncer de pulmón: Estudio preliminar. *Oncología*, 22, 3, 125-129.

KARNOFSKY, D.A.; BUCHENAL, J.H. (1949). *Performance status. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer*. En: McLeod (Ed.). Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press.

KATZ, R.C.; MEYERS, K.; WALLS, J. (1995). Cancer awareness and self-examination practices in young men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 4, 377-384.

Bibliografia

KIDMAN, A.D.; EDELMAN, S. (1997). Developments in psycho-oncology and cognitive behavior therapy in cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 11, 1, 45-62.

KREITLER, S.; KREITLER, H.; CHAITCHIK, S.; SHAKED, S.; SHAKED, T. (1997). Psychological and medical predictors of disease course in breast cancer: A prospective study. *European Journal of Personality*, 11, 383-400.

LABS, S.; WURTALE, S. (1986). Fetal health locus of control scale: development and validation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 814-819.

LANGER, E. (1983). *The psychology of control*. Los Angeles: Sage.

LAU, R.; WARE, J. (1981). Refinements in the measurement of health-specific locus-of-control beliefs. *Medical Care*, 11, 1147-1158.

LE BRASSEUR, R.; BLACKFORD, K.; WHISSELL, S. (1988). The leford test of tenant locus of control. *Environment and Behaviour*, 20, 300-319.

LEFCOURT, H.M. (1973). The function of the illusions of freedom and control. *American Psychologist*, 28, 417-425.

LEFCOURT, H.M. (1980). *Locus of control and coping with life's events*. En: E. Stamb (Ed.) *Personality's Basic Issues and Current Research*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall

LEFCOURT, H.M. (1981). The construction and development of the multidimensional-multiattributonal causality escales. *Research with the locus of control construct*, 1, 245-261.

LEFCOURT, H.M. (1992). Durability and impact of the locus of control construct. *Psychological Bulletin*, 112, 3, 411-414.

LEVENSON, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 41, 397-404.

LEVENSON, H. (1974). Activism and powerful other: distinctions between the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.

LOPEZ-ROIG, S.; NEIPP, M.C.; PASTOR, M.A.; TEROL, M.C.; CASTEJON, J. (1999). Afrontamiento del cáncer: Una revisión empírica. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 1-2, 141-176.

LOUDEN, D. (1978). Internal vs. external control in Asian and West Indian adolescents in Britain. *Journal of Adolescents*, 1, 283-296.

LUDENIA, K.; DONHAM, G. (1983). Dental outpatients: health locus of control correlates. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 854-858.

MAJOR, B.; RICHARDS, C.; COOPER, M.L.; COZZARELLI, C.; ZUBEK, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 735-752.

MARLATT, G.A. (1983). The controlled-drinking controversy: a commentary. *American Psychologist*, 38, 1097-1110.

MARTIN-ARAGON, M.; PASTOR, M.A.; LLEDO, A.; LOPEZ-ROIG, S.; PONS, N.; TEROL, M.C. (2000). Creencias de control y Síndrome fibromiálgico: Una revisión. *Revista de Psicología de la Salud*, 12, 1, 75-91.

MARTINEZ ARIAS, R. (1995). *Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Psicometría. Madrid: Ed. Síntesis.

MASER, J.D.; SELIGMAN, M.E.P. (1983). *Modelos experimentales en psicopatología*. Madrid: Ed. Alhambra Universidad.

Bibliografía

MC CREADY, M.; LONG, B. (1985). Locus of control, attitude toward physical activity, and exercise adherence. *Journal of Sports and Exercise Psychology*, 7, 346-359.

MEYEROWITZ, B.E. (1983). Postmastectomy coping strategies and quality of life. *Health Psychology*, 2, 117-132.

MILLER, P.; LEFCOURT, H.; WARE, E. (1983). The construction and development of the Miller mental locus of control scale. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 15, 266-279.

MILLER, S.; SHODA, Y.; HURLEY, K. (1996). Applying cognitive-social theory to healthprotective behavior: Breast self-examination in cancer screening. *Psychological Bulletin*, 119, 70-94.

MIRELS, H. (1970). Dimensions of internal vs. external control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 226-228.

MISCHEL, W.; ZEISS, R.; ZEISS, A. (1974). Internal-external control and persistence: validation and implications of the Stanford Preschool Internal-External Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 265-278.

MONTAG, I.; COMREY, A. (1987). Internality and externality as correlates of involvement in fatal driving accidents. *Journal of Applied Psychology*, 72, 339-343.

MUÑIZ, J. (1994). *Teoría Clásica de los test*. Ed. Pirámide, S.A. Madrid.

MURRAY, M.; MCMILLAN, C. (1993). Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behavior. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 87-100.

NATHAN, P. (1986). Outcomes of treatment for alcoholism: current data. *Annals of Behavioural Medicine*, 8, 2-3, 40-45.

NICASSIO, P.; WALLSTON, K.; CALLAHAN, L.; HERBERT, M.; PINCUS, T. (1985). The measurement of helplessness in rheumatoid arthritis: the development of the arthritis helplessness index. *Journal of Rheumatology*, 12, 462-467.

NELSON, D.V.; FRIEDMAN, L.C.; BAER, P.E.; LANE, M.; SMITH, F.E. (1994). Subtypes of psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 2, 127-141.

NOWICKY, S.; DUKE, M. (1974a). A locus of control scale for college as well as non-college adults. *Journal of Personality Assessment*, 38, 136-137.

NOWICKY, S.; DUKE, M. (1974b). A preschool and primary school locus of control scale. *Developmental Psychology*, 10, 874-880.

NOWICKY, S.; STRICKLAND, B. (1973) A locus of control scale for children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 148-155.

O'BRIEN, G. (1981). *Locus of control, work, and retirement*. En: H. Lefcourt (Ed.). *Research with the locus of control construct*, 3, 7-71. London Academic Press.

O'CONNELL, J.; PRICE, J. (1985). Development of a heart disease locus of control scale. *Psychological Reports*, 56, 159-164.

OSOWIECKI, D.; COMPAS, E. (1998). Psychological adjustment to cancer: Control beliefs and coping in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 5, 483-499.

PALENZUELA, D. (1984). Critical evaluation of locus of control: Towards a reconceptualization of the construct and its measurement. *Psychological Reports*, 54, 683-709.

Bibliografía

PALENZUELA, D. (1987). Sphere-specific measures of perceived control: Perceived contingency, perceived competence or what? A critical evaluation of Paulhus and Christie's approach. *Journal of research in Personality*, 21, 264-286.

PALLARES, C.; MAROTO, P.; ANDRES, L.; GOMEZ-SEGURA, G.; HUIDOBRO, G.; VELENTI, V. (1996). Relationship between quality of life (QL) and clinical outcome in advanced non-small cell lung cancer (NSCLC): Prospective randomized trial of best supportive care (BSC) vs. BSC plus chemotherapy (CT). *Annals of Oncology*, 7, 89-90.

PARCEL, G.; MAYER, M. (1978). Development of an instrument to measure children's health locus of control. *Health Education Monographs*, 6, 149-159.

PARTRIDGE, C.; JOHNSON, M. (1989). Perceived control of recovery from physical disability: measurement and prediction. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 53-59.

PASTOR, M.A.; LÓPEZ-ROIG, S.; RODRÍGUEZ-MARÍN, J.; MARTÍN-ARAGÓN, M.; TEROL, M. C.; PONS, N. (1999). Percepción de control, impacto de la enfermedad y ajuste emocional en enfermos crónicos. *Ansiedad y Estrés*, 5, 2-3, 299-311.

PAULHUS, D. (1983). Sphere-specific measures of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1253-1265.

PAULHUS, D.; CHRISTIE, R. (1981). Spheres of control: an interactionist approach to assessment of perceived control. En: H. Lefcourt (Ed.). *Research with the Locus of Control Construct*, 1. New York: Academic Press.

PÉREZ GARCÍA, A.M. (1984). Dimensionalidad del constructo "Locus de Control". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 3, 471-488.

PETTINGALE, K.W.; MORRIS, T.; GREER, S.; HAYBITTLE, J. (1985). Mental attitudes to cancer: An additional pronostic factor. *Lancet*, *i*, 750.

PHARES, E.J. (1955). *Changes in expectancy in skill and change situations*. Tesis doctoral no publicada. Ohio State University.

PRICHARD, K.; BROWN, B.; KELLY, F. (1986). Reliability of a multidimensional locus of control construct for older adults anticipating transition in careers. *Psychological Reports*, *59*, 1007-1012.

PRUYN, J.; VAN DER BORNE, H.; DE REUVER, R.; BOER, M. ; TER PELKWIJK, M.; DE JONG, P. (1988). The locus of control scale for cancer patients. *Tijdschrift Vour Sociale Gezondherdszong*, *66*, 404-408.

RAMIREZ, E.; MALDONADO, A.; MARTOS, R. (1992). Attributions modulate immunization against learned helplessness in humans. *Journal of Personatity and Social Psychology*, *62*, 1, 139-146.

REED, G.M.; TAYLOR, S.E.; KEMENY, M.E. (1993). Perceived control and psychological adjustment in gay men with AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, *23*, 10, 791-824.

REICH, J.W.; ERDAL, K.J.; ZAUTRA, A. J. (1997). *Beliefs about control and health behaviors*. En: Handbook of Health Behavior Research. Plenum Press. (cap. 5, pp. 93-111).

REID, D.; WARE, E. (1974). Multidimensionality of internal-external control: implications for past and future research. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *5*, 265-271.

REID, D.; ZIEGLER, M. (1981). The desire control measures and adjustment among the elderly. En H. Lefcourt (Ed.). *Research with the Locus of Control Construct*, *1*, 127-157. New York Academic Press.

Bibliografía

RICHAUD DE MINZI, M. (1991). An new multidimensional children's locus of control scale. *Journal of Psychology*, 125, 109-118.

RILEY, M.W. (1990). Foreward: *The life course and the crises in the social sciences*. En: J. Rodin, C. Schooler y K.W. Schaie (Eds.). *Self-directedness: Causes and effects troughout the life course* (pp. 1-18). Hillsdale. NJ: Erlbaum.

RODIN, J.; LANGER, E. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 897-902.

RODRIGUE, J.R.; BEHEN, J.M.; TUMLIN, T. (1994). Multidimensional determinants of psychological adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 3, 205-214.

ROESCH, S.C.; WEINER, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness. Do causal attributions matter?. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 205-219.

ROKKE, P.D.; AL ABSI, M.; LALL, R.; OSWALD, K. (1991). When does a choice of coping strategies help?. The interaction of choice and locus of control. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 5, 491-503.

ROSE, J.; MEDWAY, F.(1981). <<Measurement of teacher's beliefs in their control over student outcomes. *Journal of Educational Research*, 14, 185-190.

ROSENBAUM, M. (1990). *Learned resourcefulness: On coping skills, self-control and adaptative behavior*. New York: Springer Publishing Company.

ROTHBAUM, F.; WEISZ, J.; SNYDER, S. (1982). Changing the world and changing the self: a two process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.

ROTHBAUM, F.M.; WEISZ, J.R.; SNYDER, S.S. (1984). Changing the world and changing the self: a two process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.

ROTHBAUM, F.M.; WEISZ, J.R. (1989). *Child pathology and the quest for control*. Newbury Park, CA: Sage.

ROTTER, J.B. (1954). *Social learning theory and clinical psychology*. En: Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall.

ROTTER, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1, whole nº 609.

ROTTER, J.B. (1975). Problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.

ROTTER, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement. A case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 4, 489-493.

ROUNDS, J.; ERDAL, P. (1988). Nuclear locus of control scales: information on development, reliability and validity. *Educational and Psychological Measurement*, 48, 387-395.

RUIZ, M.A.; BERMÚDEZ, J.; OLIVARES, A.; GARDE, S. (1999). Factores psicosociales en el cáncer de mama: Un estudio cuasi-prospectivo. *Boletín de Psicología*, 64, 57-80.

SALTZER, E. (1982). The weight locus of control (WLOC) scale: a specific measure for obesity research. *Journal of Personality Assessment*, 46, 620-628.

SANGER, S.; WALKER, H. (1972). Dimensions of internal-external locus of control and the woman's liberation movement. *Journal of Social Issues*, 28, 115-129.

Bibliografía

SANZ, A. (1997). *Autoeficacia, valor del incentivo y competencia percibida: Efectos sobre la reactividad fisiológica, el afecto y la conducta*. Tesis Doctoral. Bellaterra (Barcelona). Universidad Autónoma de Barcelona.

SCHNEIDER, J.; PARSONS, O. (1970). Categories on the locus of control scale and cross-cultural comparisons in Denmark and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2, 131-138.

SCHRÖEDER, M. (1985). Development and testing of a scale to measure locus of control prior to and following child birth. *Maternal-Child Care Nursing Journal*, 14, 111-121.

SEEMAN, T.E. (1991). Personal control and coronary artery disease: how generalized expectancies about control may influence risk. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 4-12.

SELIGMAN, M. (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman.

SELIGMAN, M.E.P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.

SHAPIRO, D.H. (1990). Clinical applications of a four quadrant model of control: two case studies of stress related disorders. *Psychology Patient*, 7, 1-2, 169-198.

SHAPIRO, D.H. (1991). *Measuring sense of control: Background and introduction to the Shapiro Control Inventory*. Palo Alto, Ca: Behavior Data.

SHAPIRO, D.H. (1994a). *Manual for the Shapiro control inventory (SCI)*. Palo Alto, CA: Behavior Data.

SHAPIRO, D.H. (1994b). Self-control and self-control strategies. En: R. Corsini (Ed.). *Encyclopedia of Psychology*, 3, 285-288. New York: Wiley.

SHAPIRO, D.H.; BLINDER, B.; HAGMAN, J.; PITUCK, S. (1993). A control profile of eating disorders patients. *Psychological Reports*, 73, 531-541.

SHAPIRO, D.H.; SANDMAN, C.; GROSSMAN, M.; GROSSMAN, B. (1995). Aging and sense of control. *Psychological Reports*, 76, 1-3.

SHAPIRO, D.H.; SCHWARTZ, C.E.; ASTIN, J.A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world. Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51, 12, 1213-1230.

SKEVINGTON, S. (1990). A standardised scale to measure beliefs about controlling pain. *Psychology and Health*, 4, 221-232.

SKINNER, E.A. (1992). *Perceived control: motivation, coping and development*. En: Ralf Schwarzer (Ed.). *Self-Efficacy: Thought control of action*. Freie Universität. Berlin.

SKINNER, E.A. (1996). Personality processes and individual differences. A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 3, 549-570.

SMITH, I.E.; O'BRIEN, M.E.R.; TALBOT, D.C.; NICOLSON, M.C.; MANSI, J.L.; HICKISH, T.F.; NORTON, A.; ASHLEY, S. (2001). Duration of chemotherapy in advanced non-small-cell lung cancer: A randomized trial of three versus six courses of mitomycin, vinblastine and cisplatin. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 1336-1343.

SOSA, C.D.; CAPAFONS, J.I.; CARBALLEIRA, M. (1999). Afrontamiento, ajuste y cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 5, 1, 47-60.

SPECTOR, P. (1988). Development of the work locus of control scale. *Journal of Occupational Psychology*, 61, 335-340.

Bibliografía

STANTON, A.L.; DANOFF-BURG, S.; CAMERON, C.L.; BISHOP, M.; COLLINS, C.A.; KIRK, S.B.; SWOROWSKI, L.A.; TWILLMAN, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 68, 5, 875-882.

STANTON, A. (1987). Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients. *Journal of Behavioural Medicine*, 10, 377-394.

STOTLAND, S.; ZUROFF, D. (1990). A new measure of weight locus of control: the Dieting Beliefs Scale. *Journal of Personality Assessment*, 54, 191-203.

STRICKLAND, B. (1989). Internal-external expectancies: from categories to creativity. *American Psychologist*, 44, 1-12.

TAYLOR, S. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.

TAYLOR, S.E. (1991). *Seamos optimistas: Ilusiones positivas*. Barcelona: Martínez Roca (original 1989).

TAYLOR, S.E.; BROWN, J.D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.

TAYLOR, S.E.; BROWN, J.D. (1994). Positive illusions and well-being revisited: separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, 116, 21-27.

THOMPSON, S. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 89-101.

THOMPSON, S.C.; SPACAPAN, S. (1991). Perceptions of control in vulnerable populations. *Journal of Social Issues*, 47, 4, 1-21.

THOMPSON, S.C.; SOBOLEW-SHUBIN, A.; GALBRAITH, M.E.; SCHWANKOVSKY, L.; CRUZEN, D. (1993). Maintaining perceptions of control: Finding perceived control in low-control circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 2, 293-304.

THOMPSON, S.C.; COLLINS, M.A. (1995). Applications of perceived control to cancer: An overview of theory and measurement. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13, 1-2, 11-26.

THOMPSON, S.C.; ARMSTRONG, W.; THOMAS, C. et al. (1998). Illusions of control, underestimations and accuracy: a control heuristic explanation. *Psychological Bulletin*, 123, 2, 143-161.

TRICE, A. (1985). An academic locus of control scale for college students. *Perceptual and Motor Skills*, 61, 1043-1046.

TRICE A.; HAINE, J.; ELLIOT, K. (1989). A career locus of control scale for undergraduate students. *Perceptual and Motor Skills*, 69, 555-561.

VAN DER POMPE, G.; ANTONI, M.; VISSER, A.; GARSSSEN, B. (1996). Adjustment to breast cancer: The psychobiological effects of psychosocial interventions. *Patient Education and Counseling*, 28, 2, 209-219.

VANDERZEE, K.I.; BUUNK, B.P.; SANDERMAN, R. (1997). Social support, locus of control, and psychological well-being. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 20, 1842-1859.

VILLAMARÍN, F. (1992). *Manuscrito de la versión española de la Escala de LC de Salud*. Trabajo no publicado.

VILLAMARÍN, F. (1990). Un análisis conceptual de la Teoría de la Autoeficacia y otros constructos psicológicos actuales (1). *Psicologemas*, 4, 7, 107-125.

Bibliografia

WALLS, J. (1995). Cancer awareness and self-examination practices in young men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 4, 377-384.

WALLSTON, K.A. (1989). *Assessment of control in health care settings*. En: A. Steptoe & A. Appels (Eds.). *Stress, Personal Control and Health*. (pp. 85-106). New York: Wiley.

WALLSTON, K.A. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's Social Learning Theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 2, 183-199.

WALLSTON, B.S.; WALLSTON, K.A.; KAPLAN, G.D.; MAIDES, S.A. (1976). The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.

WALLSTON, K.A.; WALLSTON, B.S.; DE VELLIS, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 2, 160-170.

WALLSTON, K.A.; WALLSTON, B.S. (1982). *Who is responsible for your health? The construct of Health Locus of Control*. En: *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, New Jersey: Sanders y Suls.

WALLSTON, K.A.; WALLSTON, B.S.; SMITH, S.; DOBBINS, C. (1987). Perceived control and health. *Current and Psychological Research and Reviews*, 6, 5-25.

WANGBERG, C.R. (1997). Antecedents and outcomes of coping behaviors among unemployed and reemployed individuals. *Journal of Applied Psychology*, 82, 731-744.

WATSON, M.; GREER, S.; YOUNG, J.; INAYAT, Q.; BURGESS, C.; ROBERTSON, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC Scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.

WATSON, M.; GREER, S.; PRUYN, J.; VAN DER BORNE, B. (1990) Locus of control and adjustment to cancer. *Psychological Reports*, 66, 39-48, 453-457.

WATSON, M.; GREER, S.; ROWDEN, L.; GORMAN, C.; ROBERTSON, B.; BLISS, J.M.; TUNMORE, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.

WATSON, M.; HAVILAND, J.S.; GREER, S.; DAVIDSON, J.; BLISS, J.M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *The Lancet*, 354, 1331-1336.

WEINER, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 71, 3-25.

WEISS, J.M.(1983). *Influencias psicológicas y comportamentales en las lesiones gastrointestinales en modelos animales*. En: Maser J.D.; Seligman, M.E.P (Eds.). *Modelos Experimentales en Psicopatología*. Madrid: Ed. Alhambra Universidad.

WHITEHEAD, J.; CORBIN, C. (1988). Multidimensional scales for measurement of locus of control of reinforcements for physical fitness behaviours. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 59, 108-117.

WHITMAN, L.; DESMOND, S.; PRICE, J. (1987). Development of a locus of control scale. *Psychological Reports*, 60, 583-589.

WINEFIELD, H. (1982). Reliability and validity of the health locus of control scale. *Journal of Personality Assessment*, 46, 614-618.

Bibliografia

WOOD, D.; LETAK, J. (1982). A mental health locus of control scale. *Personality and Individual Differences*, 3, 84-87.

WORRELL, L.; TIMILITY, L. (1981). The measurement of locus of control among alcoholics. En: H. Lefcourt (Ed.). *Research with the locus of control construct*, 1, 321-333. New York: Academic Press.

ZUCKERMAN, M.; LUBIN, B.; VOGEL, L.; VALIERIUS, T. (1964). Measurement of experimentally induced effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 28, 418-425.

ZUROFF, D.C. (1980). Learned helplessness in humans: an analysis of learning processes and the role of individual and situational differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 130-146.

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE LOCUS DE CONTROL INTERNO-EXTERNO (I-E) de Rotter (1966)

(versión española de Pérez García, 1984)

- Los ítems 1, 8, 14, 19, 24, y 27 no se tienen en cuenta a la hora de obtener la puntuación, dado que su función es hacer más ambiguo el propósito de la prueba.
- La letra señalada (*a* o *b*) corresponde a la alternativa externa de cada elemento.
- La suma de las veces que el sujeto elige una de estas alternativas marcadas en negrita, nos dará la puntuación del LC externo. La suma de las veces que el sujeto elige una alternativa que no está en negrita, nos dará la puntuación del LC interno.

ÍTEMS DE LA ESCALA I-E:

1. a) Los niños se meten en líos porque sus padres los castigan demasiado.
b) Hoy en día, el problema con la mayoría de los niños es que sus padres son demasiado blandos con ellos.
a *b*
2. a) Muchas de las cosas desagradables en la vida de las personas son, en parte, debidas a la mala suerte.
b) Los infortunios de la gente son el resultado de los errores que comete.
a *b*

3. a) Una de las principales razones de que haya guerras es que la gente no se toma bastante interés en la política.

b) Siempre habrá guerras, por mucho que la gente intente evitarlas.

a **b**

4. a) A la larga, la gente logra el respeto que se merece en este mundo.

b) Por desgracia, los méritos de un individuo pasan a menudo desapercibidos, por mucho que se esfuerce.

a **b**

5. a) La idea de que los profesores son injustos con los alumnos es una tontería.

b) La mayoría de los estudiantes no se dan cuenta del grado en que sus notas están influenciadas por hechos accidentales.

a **b**

6. a) Sin apoyo suficiente, uno no puede ser un líder eficaz.

b) La gente capaz que no logra ser líder, es porque no ha aprovechado las oportunidades que ha tenido.

a b

7. a) Hay gente a quienes, por mucho que lo intentes, no les caes bien.

b) La gente que no logra caer bien a los otros, es que no sabe cómo ganarse a los demás.

a b

8. a) La herencia juega el principal papel en la determinación de la personalidad.

b) Las experiencias personales en la vida determinan el cómo somos.

a b

9. a) He encontrado a menudo que lo que tiene que ocurrir, ocurre.

b) La confianza en el destino nunca ha tenido tanta fuerza sobre mí, como al tomar una decisión que lleva a un curso de acción definido.

a b

10. a) En el caso del estudiante bien preparado raras veces se da, si es que se da, lo del “examen injusto”

b) Muchas veces, las preguntas de los exámenes tienden a estar tan poco relacionadas con al trabajo del curso, que el estudio es realmente inútil.

a **b**

11. a) Alcanzar el éxito es cuestión de trabajo duro; la suerte tiene poco, o nada, que ver con ello.
b) Conseguir un buen trabajo depende principalmente de estar en el lugar exacto en el momento preciso.
a **b**
12. a) El ciudadano medio puede influir en las decisiones del gobierno.
b) Este mundo está dirigido por unos pocos que están en el poder, y no es mucho lo que el hombre corriente puede hacer en este tema.
a **b**
13. a) Cuando hago planes estoy casi seguro de que podré ponerlos en marcha.
b) No siempre es sensato hacer planes a demasiado largo plazo, porque muchas cosas se vuelven, de algún modo, una cuestión de buena o mala suerte.
a **b**
14. a) Hay ciertas personas que no son precisamente buenas.
b) Hay algo bueno en cada uno.
a b
15. a) En mi caso, conseguir lo que quiero tiene poco, o nada, que ver con la suerte.
b) Muchas veces daría lo mismo decidir lo que hay que hacer, tirando una moneda al aire.
a **b**
16. a) Quien logra ser el jefe depende, a menudo, de quien fue lo bastante afortunado de estar el primero en el lugar exacto.
b) El conseguir que la gente haga lo que debe, depende de la propia habilidad y capacidad; la suerte tiene poco, o nada exacto.
a b
17. a) En lo que se refiere a los asuntos mundiales, la mayoría de nosotros somos víctimas de fuerzas que no podemos comprender, ni controlar.
b) Tomando parte activa en los asuntos políticos y sociales, la gente puede controlar los asuntos mundiales.
a b

18. a) La mayoría de las personas no se dan cuenta del grado en que sus vidas están controladas por sucesos o hechos accidentales.
b) Realmente, no existe la “suerte”.
a b
19. a) Uno debería estar siempre dispuesto a admitir sus errores.
b) Habitualmente, es mejor ocultar los propios errores.
a b
20. a) Es difícil saber si, realmente, le gustas o no a una persona.
b) La cantidad de amigos que tengas, dependerá de lo simpático que seas.
a b
21. a) A la larga, las cosas malas que nos suceden, se compensan con las buenas.
b) La mayoría de las desgracias son el resultado de falta de capacidad, ignorancia, pereza, o de las tres cosas a la vez.
a b
22. a) Si se hace el esfuerzo suficiente podemos hacer que la Administración funcione bien.
b) Es difícil para la mayoría de la gente tener un gran control sobre las cosas que hacen los políticos en sus cargos.
a b
23. a) Algunas veces no puedo entender cómo los profesores determinan las calificaciones que dan.
b) Hay una relación estrecha y directa entre lo que estudio y las calificaciones que obtengo.
a b
24. a) Un buen líder cuenta con que la gente decida por sí misma lo que debería hacer.
b) Un buen líder aclara a cada uno cuál es su cometido.
a b
25. a) Muchas veces pienso que tengo poca influencia sobre las cosas que me suceden.
b) No me puedo creer que el azar o la suerte juega un papel importante en mi vida.
a b

26. a) Si una persona se encuentra sola es porque no intenta ser amistosa con los demás.
- b) No tiene mucho sentido esforzarse demasiado en agradar a la gente, si les caes bien, les caes bien, y si no, nada.
- a **b**
27. a) Se hace demasiado énfasis en actividades atléticas durante el bachiller.
- b) El deporte en equipo es una vía excelente para formar el carácter.
- a b
28. a) Lo que me sucede es el resultado de mis propias acciones.
- b) Algunas veces siento que no tengo bastante control sobre el rumbo que está tomando mi vida.
- a **b**
29. a) La mayoría de las veces no puedo comprender por qué los políticos se comportan de la forma en que lo hacen.
- b) A la larga, todos somos responsables del mal gobierno, tanto a nivel local como nacional.
- a** b

ANEXO 2

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL DE SALUD (MHLC)

de Wallston, Wallston y De Vellis (1978)

(versión original)

La MHLC tiene dos formas, la A y la B, y cada forma está compuesta por las 3 subescalas (IHLC, EHLC y CHLC) que están compuestas por 6 ítems cada una, descritos a continuación.

Los ítems son tipo likert de 6 puntos que van del 1 (desacuerdo total) al 6 (acuerdo total).

Las dos formas A y B, son lo más idénticas posibles. El motivo de crear estas dos formas es el ver nuevas versiones del texto de las escalas con una consistencia parecida y también observar si contestar previamente a preguntas parecidas condicionaba las respuestas de las siguientes preguntas.

ÍTEMS DE LA ESCALA MHLC: FORMA A

1. (IHLC): Internal Health Locus of Control

1. If I get sick, it is my own behavior which determines how soon I get well again.
6. I am in control of my health.
8. When I get sick I am to blame.
12. The main thing which affects my health is what I myself do.
13. If I take care of myself, I can avoid illness.
17. If I take the right actions, I can stay healthy.

2. (PHLC): Powerful Others Health Locus of Control

3. Having regular contact with my physician is the best way for me to avoid illness.
5. Whenever I don't feel well, I should consult a medically trained professional.
7. My family has a lot to do with my becoming sick or staying healthy.
10. Health professionals control my health.
14. When I recover from an illness, it's usually because other people (for example, doctors, nurses, family, friends) have been taking good care of me.
18. Regarding my health, I can only do what my doctor tells me to do.

3. (CHLC): Chance Health Locus of control

2. No matter what I do, if I am going to get sick, I will get sick.
4. Most things that affect my health happen to me by accident.
9. Luck plays a big part in determining how soon I will recover from an illness.
11. My good health is largely a matter of good fortune.
15. No matter what I do, I'm likely to get sick.
16. If it's meant to be, I will stay healthy

ÍTEMS DE LA ESCALA MHLC: FORMA B

1. (IHLC): Internal Health Locus of Control

1. If I become sick, I have the power to make myself well again.
6. I am directly responsible for my health.
8. Whatever goes wrong with my health is my own fault.
12. My physical well-being depends on how well I take care of myself.
13. When I feel ill, I know it is because I have not been taking care of myself properly.
17. I can pretty much stay healthy by taking good care of myself.

2. (PHLC): Powerful Others Health Locus of Control

3. If see an excellent doctor regularly, I am less likely to have health problems.
5. I can only maintain my health by consulting health professionals.
7. Other people play a big part in whether I stay healthy or become sick.
10. Health professionals keep me healthy.
14. The type of care I receive from other people is what is responsible for how well I recover from an illness.
18. Following docto's orders to the letter is the best way for me to stay healthy.

3. (CHLC): Chance Health Locus of control

2. Often I feel that no matter what I do, if I am going to get sick, I will get sick.
4. I seems that my health is greatly influenced by accidental happenings.
9. When I am sick, I just have to let nature run its course.
11. When I stay healthy, I'm just plain lucky.
15. Even when I take care of myself, it's easy to get sick.
16. When I become ill, it's matter of fate.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL DE SALUD

(versión española de Villamarín, 1992)

Este cuestionario consta de tres subescalas (que se extraen al sumar las puntuaciones), con 6 ítems cada una:

1. IHLC: *Escala de Internalidad*, formada por los ítems; 1, 6, 8, 12, 13 y 17. Si la puntuación es elevada significa que el sujeto tiene una fuerte creencia de que la salud depende de la propia conducta.
2. PHLC: *Escala de Otras Personas Relevantes*, formada por los ítems; 3, 5, 7, 10, 14 y 18. Si la puntuación es elevada significa que el sujeto tiene una fuerte creencia de que la salud depende de otras personas relevantes.
3. CHLC: *Escala de Suerte*, formada por los ítems; 2, 4, 9, 11, 15 y 16. Si la puntuación es elevada significa que el sujeto tiene una fuerte creencia de que la salud depende de la suerte o el destino.

Los ítems son tipo likert de 6 puntos, que van del 1 (desacuerdo total) al 6 (acuerdo total).

ÍTEMES DE LA ESCALA:

1. Si caigo enfermo, es mi propia conducta la que determina el tiempo que tardaré en recuperarme.
2. Haga lo que haga, si voy a caer enfermo, caeré enfermo.
3. La mejor manera de evitar la enfermedad consiste en mantener contactos regulares con mi médico.
4. La mayoría de cosas que afectan a mi salud suceden de forma imprevista.
5. Siempre que me siento mal, debería consultar a un médico.
6. Yo puedo controlar mi propia salud.

7. El que me mantenga sano o caiga enfermo depende, en gran medida, de lo que hagan los miembros de mi familia.
8. Cuando caigo enfermo, yo soy el culpable.
9. La rapidez con que me recuperaré de una enfermedad depende, en gran medida, de la suerte.
10. Mi salud depende de lo que hagan los profesionales sanitarios.
11. Mi buena salud es, en gran medida, cosa de suerte.
12. Mi salud depende, sobre todo, de lo que yo hago.
13. Si me cuido, puedo evitar la enfermedad.
14. Mi recuperación de una enfermedad dependerá, normalmente, del cuidado que me dispensen otras personas (como, por ejemplo, médicos, enfermeras, familiares y amigos).
15. Aunque me cuide, es fácil que caiga enfermo.
16. El que me mantenga sano o caiga enfermo depende del destino.
17. Si me comporto adecuadamente, puedo mantener mi salud.
18. En relación con mi salud, debo hacer únicamente lo que mi médico me dice que haga.

ANEXO 3

ESCALA INTERNAL, POWERFUL OTHERS AND CHANCE (IPC)

de Levenson (1974)

(versión original)

La escala IPC, conste de tres subescalas separadas que miden el LC: la escala Interna, la escala de los Otros Poderosos y la escala del Azar, que se presentan al sujeto como una sola escala unificada de 24 ítems.

Cada una de las tres subescalas IPC están compuestas por los siguientes ítems:

- 1. Internal Scale:** 1, 4, 5, 9, 18, 19, 21, 23
- 2. Powerful Others Scale:** 3, 8, 11, 13, 15, 17, 20, 22
- 3. Chance Scale:** 2, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 24

Cada ítem se representa con una afirmación comúnmente sostenida, que se puntúa de -3 (desacuerdo total) hasta +3 (acuerdo total).

Para valorar la escala se suman las puntuaciones y se añade 24 (para que el resultado sea siempre positivo). Por lo tanto, el rango total oscila de 0 a 48, pudiendo puntuar alto (positivo) o bajo (negativo) en cualquiera de las tres dimensiones de manera independiente.

ÍTEMS DE LA ESCALA IPC:

1. Whether or not I get to be a leader depends mostly on my ability.
2. To a great extent my life is controlled by accidental happenings.
3. I feel like what happens in my life is mostly determined by powerful people.

4. Whether or not I get into a car accident depends mostly on how good a driver I am.
5. When I make plans, I am almost certain to make them work.
6. Often there is no chance of protecting my personal interest from bad luck happenings.
7. When I get what I want, it's usually because I'm lucky.
8. Although I might have good ability, I will not be given leadership responsibility without appealing to those in positions of power.
9. How many friends I have depends on how nice a person I am.
10. I have often found that what is going to happen will happen.
11. My life is chiefly controlled by powerful others.
12. Whether or not I get into a car accidents is mostly a matter of luck.
13. People like myself have very little chance of protecting our personal interests when they conflict with those of strong pressure groups.
14. It's not always wise for me to plan too far ahead because many things turn out to be a matter of good or bad fortune.
15. Getting what I want requires pleasing those people above me.
16. Whether or not I get to be a leader depends on whether I'm lucky enough to be in the right place at the right time.
17. If important people were to decide they didn't like me, I probably wouldn't make many friends.
18. I can pretty much determine what will happen in my life.
19. I am usually able to protect my personal interests.
20. Whether or not I get into a car accident depends mostly on the other driver.
21. When I get what I want, it's usually because I worked hard for it.
22. In order to have my plans work, I make sure that they fit in with the desires of people who have power over me.
23. My life is determined by my own actions.
24. It's chiefly a matter of fate whether or not I have a few friends or many friends.

ANEXO 4

BATERIA DE COMPETENCIAS DE CONTROL

de Paulhus y Christie (1981)

(versión original)

La Bateria de Competencias de Control evalúa tres esferas: la *Eficacia Personal*, el *Control Interpersonal* y el *Control Sociopolítico*, cuyos ítems se describen a continuación. Cada esfera está compuesta por 10 ítems. Los ítems marcados con (+) suman un punto y los marcados con un (-) restan un punto.

ÍTEMS DE LAS ESFERAS DE CONTROL:

Subescale 1: Personal Efficacy Scale

1. When I get what I want it's usually because I worked hard for it. (+)
2. When I make plans I am almost certain to make them work. (+)
3. I prefer games involving some luck over games requiring pure skill. (-)
4. I can learn almost anything if I set my mind to it. (+)
5. My major accomplishments are entirely due to hard work and intelligence. (+)
6. I usually don't make plans because I have a hard time following through on them. (-)
7. Competition encourages excellence. (+)
8. The extent of personal achievement is often determined by chance. (-)
9. On any sort of exam or competition I like to know how well I do relative to every-one else. (+)
10. Despite my best efforts I have few worthwhile accomplishments. (-)

Subsacale 2: Interpersonal Control Scale

1. Even when I'm feeling self confident about most things, I still seem to lack the ability to control interpersonal situations. (-)
2. I have no trouble making and keeping friends. (+)
3. I'm not trouble making and keeping friends. (+)
4. I can usually establish a close personal relationship with someone I find sexually attractive. (+)
5. When being interviewed I can usually steer the interviewer toward the topics I want to talk about and away from those I wish to avoid. (+)
6. If I need help in carrying out a plan of mine, it's usually difficult to get others to help. (-)
7. If there's someone I want to meet I can usually difficult to get others to help. (-)
8. I often find it hard to get my point of view across to others. (-)
9. In attempting to smooth over a disagreement I usually make it worse. (-)
10. I find it easy to play an important part in most group situations. (+)

Subscale 3: Sociopolitical Control Scale

1. By taking an active part in political and social affairs we, the people, can control world events. (+)
2. The average citizen can have an influence on government decisions. (+)
3. It is difficult for people to have much control over the things politicians do in office. (-)
4. This world is run by the few people in power and there is not much the little guy can do about it. (-)
5. With enough effort we can wipe out political corruption. (+)
6. One of the major reasons we have wars is because people don't take enough interest in politics. (+)
7. There is very little we, as consumers, can do to keep the cost of living from going higher. (-)
8. When I look at it carefully I realize it is impossible to have any really important influence over what politicians do. (-)

9. I prefer to concentrate my energy on other things rather than on solving the world's problems. (-)
10. In the long run we, the voters, are responsible for bad government on a national as well as a local level. (+)

ANEXO 5

ESCALA DE CAUSALIDAD MULTIDIMENSIONAL Y MULTIATRIBUCIONAL (MMCS)

de Lefcourt (1981)

(versión original)

La escala MMCS evalúa dos áreas, el “Logro” y la “Afilación” (explicadas en el capítulo 1), con 4 categorías cada área: la habilidad, el esfuerzo, el contexto y la suerte.

Cada categoría está compuesta por 6 ítems, que se puntúan de 0 (desacuerdo) a 4 (acuerdo). Los tres primeros ítems de cada categoría se refieren a experiencias de éxito y los tres últimos a experiencias de fracaso.

ÍTEMS DEL ÁREA: *ACHIEVEMENT*

1. Ability

11. The most important ingredient in getting good grades is my academic ability.
27. I feel that my good grades reflect directly on my academic ability.
43. When I get good grades it is because of my academic competence.
3. If I were to receive low marks it would cause me to question my academic ability.
19. If I were to fail a course it would probably be because I lacked skill in that area.
35. If I were to get poor grades I would assume that I lacked ability to succeed in those courses.

2. Effort

- 9. In my case, the good grades I receive are always the direct result of my efforts.
- 25. Whenever I receive good grades, it is always because I have studied hard for that course.
- 41. I can overcome all obstacles in the path of academic success if I work hard enough.
- 1. When I receive a poor grade I usually feel that the main reason is that the main reason is that I haven't studied enough for that course.
- 17. When I fail to do as well as expected in school it is often due to a lack of effort on my part.
- 33. Poor grades inform me that I haven't worked hard enough.

3. Context

- 6. Some of the times that I have gotten a good grade in a course it was due to the teacher's easy grading scheme.
- 22. Some of my good grades may simply reflect that these were easier courses than most.
- 38. Sometimes I get good grades only because the course material was easy to learn.
- 14. In my experience, once a professor gets the idea you're a poor student your work is much more likely to receive poor grades than if someone else handed it in.
- 30. Often my poorer grades are obtained in courses that the professor has failed to make interesting.
- 46. Some low grades I've received seem to me to reflect the fact that some teachers are just stingy with marks.

4. Luck

- 8. Sometimes my success on exams depends on some luck.
- 24. I feel that some of my good grades depend to a considerable extent on chance factors, such as having the right questions show up on an exam.

- 40. Sometimes I feel that I have to consider myself lucky for the good grades I get.
- 16. Some of my lower grades have seemed to be partially due to bad breaks.
- 32. My academic low points sometimes make me think I was just unlucky.
- 48. Some of my bad grades my have been a function of bad luck, being in the wrong course at the wrong time.

ÍTEMS DEL ÁREA: AFFILIATION

1. Ability

- 15. It seems to me that getting along with people is a skill.
- 31. Having good friends is simply a matter of one's social skill.
- 47. It is impossible for me to maintain close relations with people without my tact and patience.
- 7. It seems to me that failure to have people like me would show my inorance in interpersonal relationships.
- 23. I feel that people who are often lonely are lacking in social competence.
- 39. In my experience, there is a direct coonection between the absence of friendship and being socially inept.

2. Effort

- 13. Maintaining friendships requires real effort to make them work.
- 29. In my case, success at making friends depends on how hard I work at it.
- 45. If my marriage were to succeed it would have to be because I worked at it.
- 5. If I did not get along with others it would tell me that I hadn't put much effort into the pursuit of social goals.
- 21. When I hear of a divorce I suspect that the couple probably did not try enough to make their marriage work.
- 37. In my experience, loneliness comes from not trying to be friendly.

3. Context

1. My enjoyment of a social occasion is almost entirely dependent on the personalities of the other people who are there.
18. Some people can make me have a good time even when I don't feel sociable.
34. To enjoy myself at a party I have to be surrounded by others who know how to have a good time.
10. No matter what I do, some people just don't like me.
26. Some people just seem predisposed to dislike me.
42. It is almost impossible to figure out how I have displeased some people.

4. Luck

4. Making friends is a funny business: I sometimes have to chalk up my successes to luck.
20. In my experience, making friends is largely a matter of having the right breaks.
36. If my marriage were a long, happy one, I'd say that I must just be very lucky.
12. Often chance events can play a large part in causing rifts between friends.
28. I find that the absence of friendships is often a matter of not being lucky enough to meet the right people.
44. Difficulties with my friends often start with chance remarks.

ANEXO 6**ÍNDICE KARNOFSKY
de Karnofsky y Burchenal (1949)**

(versión traducida)

ÍNDICES	CRITERIOS ESPECÍFICOS
100%	Normal. Sin quejas. Sin evidencia de enfermedad.
90%	Capaz de llevar a cabo una actividad normal. Con síntomas o signos leves de enfermedad.
80%	Actividad normal con esfuerzo. Varios signos o síntomas de enfermedad.
70%	Capaz de cuidarse. Incapaz de llevar a cabo una actividad normal o trabajo activo.
60%	Requiere atención ocasional, pero es capaz de cuidar la mayoría de sus necesidades.
50%	Requiere una atención considerable y frecuente cuidado médico.
40%	Incapacitado. Necesita cuidado y asistencia especiales.
30%	Severamente incapacitado. La hospitalización es indicada, si bien la muerte no es inminente.
20%	La hospitalización es necesaria. Muy enfermo. Necesita tratamiento activo de soporte.
10%	Moribundo. El proceso fatal se desarrolla rápidamente.
0%	Fallecido.
CATEGORÍAS GENERALES	
A. Capaz de trabajar y llevar a cabo una actividad normal. No necesita cuidados especiales. No síntomas (esta categoría corresponde a los índices 100%, 90% y 80%).	
B. Incapaz de trabajar. Puede permanecer en casa. Necesita algunos cuidados (esta categoría corresponde a los índices 70%, 60% y 50%).	
C. Incapaz de cuidar de sí mismo. Necesita cuidados hospitalarios. La enfermedad puede progresar rápidamente (esta categoría corresponde a los índices 40%, 30%, 20%, 10% y 0%).	

INSTRUMENTO DE LOCUS DE CONTROL
de Font (1989)
(versión original)

La escala LC de Font está compuesta por 9 ítems que constituyen las tres subescalas: Interna, Externa y Azar (ya explicada en el capítulo 5).

Los ítems tienen 4 posibilidades de respuesta: nada, un poco, bastante y mucho. Los ítems se responden marcando una cruz en los recuadros dibujados que corresponden a cada respuesta.

¿De qué cree usted que depende en su caso una solución totalmente positiva para sus problemas de salud?:

(señale con una X sus respuestas)

	No Depende	Depende un poco	Depende bastante	Depende mucho
de la suerte				
del médico				
del tratamiento				
de lo que yo haga				
del tipo de hospital				
de mi destino				
de mis ganas de curarme				
de que cumpla exactamente lo que dicen los médicos				
de los medicamentos				

***INSTRUMENTO DE LOS JUICIOS DE CONTROL SOBRE LOS
AGENTES DE SALUD (JCAS)
de Juan (2001)***

El JCAS está formado por 6 ítems que constituyen las tres subescalas: Interna, Externa y Azar. Cada subescala está formada por dos ítems (detallados en el capítulo 6). Y las posibilidades de respuesta de los ítems son cuatro que van de 1 (nada) a 4 (mucho).

¿De qué cree usted que depende en su caso una solución totalmente positiva para sus problemas de salud?:

(señale con una X sus respuestas)

	No Depende	Depende un poco	Depende bastante	Depende mucho
de la suerte				
del médico				
de que cumpla exactamente lo que dicen los médicos				
de mi destino				
del tratamiento				
de mis ganas de curarme				

ANEXO 9

LISTA DE LOS 32 ÍTEMS DEL CVCP de Juan (1997)

A continuación presentamos la lista de los 32 ítems del CVCP, en el mismo orden en que son presentados en el cuadernillo:

- Ítem 1: “náuseas y/o vómitos”
- Ítem 2: “movilidad en su casa, población, país” (entendida como la capacidad para desplazarse)
- Ítem 3: “actividad laboral fuera de casa”
- Ítem 4: “esputos”
- Ítem 5: “atractivo para el sexo opuesto”
- Ítem 6: “cuidados personales” (vestirse, lavarse, peinarse, etc.)
- Ítem 7: “cambios en la voz”
- Ítem 8: “ira” (agresividad, cólera, enfado, irritación)
- Ítem 9: “dolor”
- Ítem 10: “capacidad para mover el cuerpo, realizar actividad física” (gimnasia, deporte, pasear, etc.)
- Ítem 11: “actividades recreativas” (ocio, pasatiempos, hobbies, cine, televisión, leer, etc.)
- Ítem 12: “dificultad para respirar” (dísnea, ahogo)
- Ítem 13: “ansiedad” (nerviosismo)
- Ítem 14: “cansancio”
- Ítem 15: “dificultad al paso de la comida”
- Ítem 16: “satisfacción social” (hablar con otras personas, visitar amigos, recibir visitas, etc.)
- Ítem 17: “sueño” (esta noche pasada)
- Ítem 18: “vigilia”
- Ítem 19: “preocupación por los hijos”

Ítem 20: “tos”

Ítem 21: “actividades en casa”

Ítem 22: “aspecto físico”

Ítem 23: “estado de ánimo” (depresión, tristeza)

Ítem 24: “relaciones familiares” (con los hijos, hermanos, etc. excluyendo la relación con la pareja. Se refiere a afecto, comunicación, discusiones, etc.)

Ítem 25: “información”

Ítem 26: “apetito”

Ítem 27: “concentración”

Ítem 28: “ganas e ilusión por las cosas y actividades” (trabajar, hobbies, actividades en casa, comprar, salir, visitar amigos, etc.)

Ítem 29: “preocupaciones económicas”

Ítem 30: “miedo” (preocupación, angustia, etc.)

Ítem 31: “relaciones de pareja” (afectivas, comunicativas, sexuales, etc.)

Ítem 32: “Valoración General”

ANEXO 10

SUBESCALAS DEL CVCP

de Juan (1997)

A continuación presentamos la lista de 32 ítems agrupados en las 4 subescalas que componen el instrumento:

1. SUBESCALA DE ESTATUS SINTOMÁTICO

Ítem 1: “náuseas y/o vómitos”

Ítem 4: “esputos”

Ítem 7: “cambios en la voz”

Ítem 9: “dolor”

Ítem 12: “dificultad para respirar” (dísnea, ahogo)

Ítem 14: “cansancio” (fatiga)

Ítem 15: “dificultad al paso de la comida”

Ítem 20: “tos”

Ítem 26: “apetito”

2. SUBESCALA DE ESTATUS FUNCIONAL

Ítem 2: “movilidad en su casa, población, país” (entendida como la capacidad para desplazarse)

Ítem 3: “actividad laboral fuera de casa”

Ítem 6: “cuidados personales” (vestirse, lavarse, peinarse, etc.)

Ítem 10: “capacidad para mover el cuerpo, realizar actividad física” (gimnasia, deporte, pasear, etc.)

Ítem 17: “sueño” (esta noche pasada)

Ítem 18: “vigilia”

Ítem 21: “actividades en casa”

3. SUBESCALA DE ESTATUS EMOCIONAL

Ítem 8: “ira” (agresividad, cólera, enfado, irritación)

Ítem 13: “ansiedad” (nerviosismo)

Ítem 22: “aspecto físico”

Ítem 23: “estado de ánimo” (depresión, tristeza)

Ítem 27: “concentración”

Ítem 28: “ganas e ilusión por las cosas y actividades” (trabajar, hobbies, actividades en casa, comprar, salir, visitar amigos, etc.)

Ítem 30: “miedo” (preocupación, angustia, etc.)

Ítem 32: “Valoración General del Día”

4. SUBESCALA DE ESTATUS SOCIAL

Ítem 5: “atractivo para el sexo opuesto”

Ítem 11: “actividades recreativas” (ocio, pasatiempos, hobbies, cine, televisión, leer, etc.)

Ítem 16: “satisfacción social” (hablar con otras personas, visitar amigos, recibir visitas, etc.)

Ítem 19: “preocupación por los hijos”

Ítem 24: “relaciones familiares” (con los hijos, hermanos, etc. Excluyendo la relación con la pareja. Se refiere a afecto, comunicación, discusiones, etc.)

Ítem 25: “información”

Ítem 29: “preocupaciones económicas”

Ítem 31: “relaciones de pareja” (afectivas, comunicativas, sexuales, etc.)

ANEXO 11

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE ENFERMOS DE CÁNCER DE PULMÓN (CVCP) de Juan (1997)

A continuación encontrará usted una serie de aspectos importantes de su vida cotidiana

Le agradeceremos que valore cada uno de ellos haciendo una señal sobre una línea en la forma que se indicará.

Nos interesa conocer en qué medida considera usted que EL ESTADO DE SALUD (la enfermedad o su tratamiento) ha afectado a estos aspectos durante las **veinticuatro horas anteriores** al momento en que usted cumplimenta este cuadernillo

Al contestar, le rogamos que trate de valorar los efectos del ESTADO DE SU SALUD, sin tener en cuenta otros factores que pueden influir en su vida, pero que no están directamente relacionados con su salud. Por ejemplo, si en las últimas 24 horas no ha podido conducir por hallarse demasiado enfermo o demasiado preocupado, esto constituye una reducción de su “movilidad” (capacidad para desplazarse) que está relacionada con su salud. Pero si usted no ha podido conducir porque no tiene carnet o porque carece de coche o porque lo tiene estropeado, etc. Ello **no** constituye una reducción de su movilidad debido a su estado de salud y, por tanto, debe valorar este aspecto como normal.

Un aspecto debe valorarse como normal cuando no ha sufrido ningún cambio debido al estado de su salud, es decir, cuando el aspecto está igual que cuando usted no tenía o no tiene problemas de salud. Por lo tanto deberá siempre comparar el estado actual del aspecto en cuestión (últimas 24 horas) con un día normal antes de tener problemas de salud.

Veamos ahora 4 ejemplos diferentes sobre cómo valorar uno de estos aspectos de la vida cotidiana

Ejemplo 1.

Si en las últimas 24 horas, físicamente no hubiera podido moverse de la cama, lo señalaría de la manera siguiente:

Me he desplazado igual
que cuando tenía o tengo
problemas de salud.

_____ No he podido
moverme de la cama.

Ejemplo 2.

Si en las últimas 24 horas hubiera podido desplazarse por la casa, población o país de costumbre, es decir, como cuando no tenía o no tiene problemas de salud, pondría la señal como sigue:

Me he desplazado igual que cuando tenía o tengo problemas de salud. _____ No he podido moverme de la cama.

Ejemplo 3.

Si su movilidad, en las últimas 24 horas, hubiera sido aproximadamente la mitad de lo que se desplazaba cuando no tenía o no tiene problemas de salud, entonces pondría la señal de la forma indicada a continuación:

Me he desplazado igual que cuando tenía o tengo problemas de salud. _____ No he podido moverme de la cama.

Ejemplo 4.

Si el estado de su salud, en las últimas 24 horas, hubiera afectado a su capacidad para desplazarse (es decir, no hubiera podido desplazarse exactamente igual que cuando no tenía o no tiene problemas de salud) aunque sólo fuera una ligera disminución, su respuesta podría ser, por ejemplo:

Me he desplazado igual que cuando tenía o tengo problemas de salud. _____ No he podido moverme de la cama.

A continuación le rogamos que conteste a todos los aspectos del cuadernillo. Sus respuestas serán consideradas como confidenciales.

Muchas gracias.

**POR FAVOR INDIQUE EN QUE MEDIDA CREE
QUE EL ESTADO DE SU SALUD
HA AFECTADO EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS A LOS ASPECTOS SIGUIENTES**

Náuseas (últimas 24 horas)

No he tenido ninguna
sensación de náuseas.

He tenido náuseas
intensas y frecuentes.

Movilidad en su casa, población, país (últimas 24 horas)

Me he desplazado igual
que cuando no tenía o no
tengo problemas de
salud.

No he podido
moverme de la cama.

Actividad laboral fuera de casa (últimas 24 horas)

SI USTED NO REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD LABORAL FUERA DE CASA INCLUSO CUANDO ESTÁ COMPLETAMENTE BIEN DE SALUD, ENTONCES PONGA UNA X EN LA CASILLA Y NO SEÑALE NADA EN LA LÍNEA

He trabajado igual que
cuando no tenía o no
tengo problemas de
salud.

No he podido trabajar
en absoluto debido a
mi estado de salud.

Espustos (últimas 24 horas)

No he tenido ninguna
expectoración.

La expectoración ha
sido muy intensa y
frecuente.

Atractivo para el sexo opuesto (últimas 24 horas)

Me he sentido igual de atractivo/a que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

Me he sentido carente por completo de atractivo debido a mi estado de salud.

Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.) (últimas 24 horas)

He realizado estas tareas igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

Me ha sido totalmente imposible llevarlos a cabo sin ayuda.

Cambios en la voz (últimas 24 horas)

Tengo la misma voz que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

Mi voz ha cambiado totalmente y hablo extremadamente afónico, debido a mi estado de salud.

Ira (agresividad, cólera, enfado, irritación) (últimas 24 horas)

No he estado irascible en absoluto.

He estado extremadamente irascible debido a mi estado de salud.

Dolor (últimas 24 horas)

No he tenido ningún dolor.

He tenido un dolor insoportable.

Capacidad para mover el cuerpo, realizar actividad física (gimnasia, deporte, pasear, etc.) (últimas 24 horas)

He realizado una actividad física igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

No he podido mover mi cuerpo.

Actividades recreativas (ocio, pasatiempos, hobbies, cine, televisión, leer, etc.) (últimas 24 horas)

Me he distraído y disfrutado con mis actividades recreativas igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

No me he distraído ni disfrutado en absoluto con mis actividades recreativas debido a mi estado de salud.

Dificultad al respirar (ahogo) (últimas 24 horas)

No he tenido dificultad al respirar, como cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

Me ha sido extremadamente difícil poder respirar en estas 24 horas

Ansidad (nerviosismo) (últimas 24 horas)

No he estado ansioso/a en absoluto.

He estado extremadamente ansioso/a (debido a mi estado de salud).

Cansancio (últimas 24 horas)

Me he sentido igual de cansado/a que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

me he sentido extremadamente cansado/a debido a mi estado de salud.

Dificultad al paso de la comida (últimas 24 horas)

No he tenido ninguna dificultad al tragar.

No he podido tragar absolutamente nada, ni líquidos.

Satisfacción social (hablar con otras personas, visitar amigos, recibir visitas, etc.) (últimas 24 horas)

Me he sentido igual de satisfecho/a con mi actividad social que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

me he sentido extremadamente insatisfecho/a con mi actividad social debido a mi estado de salud.

Sueño (esta noche pasada)

Por la noche he dormido igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

No he podido dormir en toda la noche.

Vigilia (últimas 24 horas)

He estado completamente despejado/a a lo largo del día.

He estado completamente adormilado/a a lo largo del día.

Preocupación por los hijos (últimas 24 horas)

CONTESTAR SÓLO EN EL CASO DE TENER HIJOS

Me he sentido igual de preocupado/a por mis hijos que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

Me he sentido extremadamente preocupado/a por mis hijos debido a mi estado de salud.

Tos (últimas 24 horas)

No he tenido nada de tos en ningún momento del día.

He tenido tos extremadamente intensa y frecuente.

Actividades en casa (últimas 24 horas)

He realizado los trabajos caseros igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

No he podido realizar ningún trabajo casero debido a mi estado de salud.

Aspecto físico (últimas 24 horas)

Me he sentido igual de satisfecho/a que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

Me he sentido extremadamente insatisfecho/a con mi aspecto físico debido a mi estado de salud.

Estado de ánimo (depresión, tristeza) (últimas 24 horas)

Me he sentido igual de deprimido/a que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

Me he sentido extremadamente deprimido/a debido a mi estado de salud.

Relaciones familiares (con los hijos, hermanos, etc. excluyendo la relación con la pareja. Se refiere a afecto, comunicación, discusiones, etc.) (últimas 24 horas)

Mis relaciones familiares han sido igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

Mis relaciones familiares han sido extremadamente insatisfactorias debido a mi estado de salud.

Información (últimas 24 horas)

Me he sentido completamente/a con la manera que me han explicado mis problemas de salud.

Me he sentido insatisfecho/a con la manera que me han explicado mis problemas de salud.

Apetito (últimas 24 horas)

He tenido igual apetito que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

No he tenido ningún apetito debido a mi estado de salud.

Concentración (últimas 24 horas)

He podido concentrarme igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

Me ha sido imposible concentrarme debido a mi estado de salud.

Ganas e ilusión por las cosas y actividades (trabajar, hobbies, actividades en casa, salir, visitar amigos, etc.) (últimas 24 horas)

He sentido por las cosas las mismas ganas e ilusión que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

No he sentido ningunas ganas ni ilusión por las cosas debido a mi estado de salud.

Preocupaciones económicas (últimas 24 horas)

No me he sentido preocupado/a en absoluto por mi situación económica debido a mi estado de salud. _____

Me he sentido extremadamente preocupado/a por mi situación económica (debido a mi estado de salud).

Miedo (preocupación, angustia, etc.) (últimas 24 horas)

No he sentido ningún miedo ni preocupación por mi estado de salud. _____

He sentido muchísimo miedo y preocupación por mi estado de salud.

Relaciones de pareja (afectivas, comunicativas, sexuales, etc.) (últimas 24 horas)

Mi vida de pareja ha sido igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud. _____

Mi vida de pareja ha sido extremadamente insatisfactoria debido a mi estado de salud.

VALORACIÓN GENERAL

POR FAVOR INDIQUE EN QUE MEDIDA CREE QUE EL ESTADO DE SU SALUD HA AFECTADO EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS A SU VIDA GENERAL

Mi vida ha sido en estas 24 h. completamente normal, sin cambios debidos a mi estado de salud. _____

Mi vida ha sido en estas 24 h. extremadamente insatisfactoria debido a mi estado de salud.