

Cáncer y calidad de vida*

Antoni Font
Universitat Autònoma de Barcelona

La valoración de la calidad de vida de los pacientes de cáncer constituye un tema de creciente interés en el ámbito de la oncología. En el presente artículo se comentan algunos resultados obtenidos en la elaboración de una nueva escala para la valoración de la calidad de vida en cáncer, desarrollada en nuestro país. La disminución de la calidad de vida se relaciona más con aspectos psicosociales que con aspectos físicos. Pacientes con estatus de salud similar pueden presentar importantes diferencias en cuanto a disminución de calidad de vida atribuida a la enfermedad. Los siguientes factores cognitivos: estrategias de afrontamiento, expectativas de autoeficacia y de resultados, y locus de control, contribuyen a explicar estas diferencias. A la luz de los resultados obtenidos parece ser que la calidad de vida subjetiva de los pacientes de cáncer puede mejorar interviniendo sobre los factores cognitivos anteriormente mencionados.

Palabras clave: Cáncer, calidad de vida, valoración, estrategias de afrontamiento, expectativas de resultado, expectativas de autoeficacia, locus de control.

The study of cancer patients' quality of life has become a subject of increasing interest in oncology. In this paper we point out some results obtained in the working out of a new scale to assess such quality. The deterioration of quality of life is related to psychosocial considerations rather than to physical ones. Patients with similar health status may show important differences in the deterioration of their quality of life formerly attributed to their illnesses. The cognitive factors: coping strategies, outcome expectations, self-efficacy expectations, and locus of control may contribute to explain these differences. According to these results, it seems that the subjective quality of life of cancer patients may be improved working on these cognitive factors.

Key words: Cancer, Quality of life, Assessment, Coping strategies, Outcome Expectations, Self-Efficacy Expectations, Locus of Control.

* Este trabajo ha podido realizarse gracias, en parte, a la ayuda PB89-0312 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica.

Dirección del autor: Antoni Font. Universitat Autònoma de Barcelona, Unitat de Psicologia Bàsica. Apartat postal 29. 08193 Bellaterra (Barcelona) España.

La referencia más antigua sobre el término «calidad de vida» parece ser que se remonta a la obra de Séneca *Sobre una vida feliz* donde escribe acerca de «cualitas vitae» (aproximadamente 50 años d.c.). En el ámbito de la oncología el término «calidad de vida» está adquiriendo cada vez más importancia debido a los cambios que se están produciendo en las posibilidades de tratamientos. Los avances científico-tecnológicos permiten que en muchos casos se alargue la vida de los pacientes, a base de la utilización de terapias en ocasiones altamente agresivas, pero necesarias para prolongar la supervivencia de los enfermos.

En resumen podríamos decir que el estudio científico de la calidad de vida del paciente de cáncer es importante porque permite:

- Conocer el impacto de la enfermedad y o el tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al nivel biológico/fisiológico.
- Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos.
- Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad.
- Evaluar mejor las terapias paliativas.
- Eliminar los resultados nulos de algunos ensayos clínicos, facilitando la comparación de terapias alternativas.
- Facilitar la rehabilitación de los pacientes.

El estudio científico de la calidad de vida es uno de los temas que puede ser abordado desde un nuevo campo multidisciplinario de conocimientos denominado «Psicología Oncológica» (Bayés, 1985), en el que se analizan las relaciones entre diversas variables psicológicas y aspectos concretos del cáncer como, por ejemplo, las náuseas y vómitos (Blasco, 1990; Font, 1989a). Se puede definir de manera más exacta lo que se entiende por calidad de vida si se consideran de manera concreta y operacional diferentes aspectos que podemos denominar componentes, niveles o dimensiones de la calidad de vida.

Es importante no perder de vista que en oncología (o cualquier otro campo de la salud) es ante todo interesante averiguar y reestablecer, en la medida de lo posible, la calidad de vida que se ha visto *afectada* por la enfermedad.

En nuestra opinión, el abordaje empírico de la valoración de la calidad de vida puede empezar por conocer cómo afecta la enfermedad a diversos aspectos concretos de la vida diaria del paciente. Puede obtenerse así una medida de la reducción de la calidad de vida desde el punto de vista subjetivo. Así pues, la calidad de vida (subjetiva) en el paciente oncológico podría definirse como «la valoración que hace el paciente respecto a en qué medida cree que el estado de su salud ha afectado a su vida cotidiana» en un periodo concreto de tiempo (Font, 1988).

Ésta es la posición conceptual de la que hemos partido en nuestras investigaciones empíricas, realizadas desde 1985, en colaboración con el Servicio de Oncología del Hospital de San Pablo de Barcelona, en torno al tema de la calidad de vida y su relación con otros conceptos psicológicos, algunos de cuyos resultados pasamos a comentar a continuación.

Desarrollo de un sistema para la valoración de la calidad de vida en pacientes con cáncer

A nuestro entender, un instrumento para la valoración de la calidad de vida en pacientes con cáncer debe: medir calidad de vida en relación con la salud, constatar la reducción de calidad de vida producida por la enfermedad, incluir diferentes aspectos o niveles (físico, psicológico, familiar y social), centrarse en los temas de vida diaria, considerar el aspecto subjetivo de la calidad de vida, ofrecer diferentes posibilidades de valoración (no solo evaluación dicotómica), satisfacer los requisitos metodológicos de: especificidad y claridad de los ítems, sensibilidad, discriminación longitudinal, ser repetible, autoadministrable, sencillo y presentar un grado aceptable de fiabilidad y validez.

Para el desarrollo del instrumento, en primer lugar nos centramos en la identificación de problemas que presentan los pacientes de cáncer. Partimos de dos estrategias paralelas: revisiones de la literatura sobre el tema y estancia por un periodo de cuatro meses en un centro de oncología realizando observaciones sobre la interacción de los pacientes con la actividad hospitalaria. En segundo lugar formulamos los diversos problemas y dificultades en forma de preguntas ordenándolos conceptualmente. A continuación realizamos una primera experiencia empírica (estudio piloto con 35 pacientes) a fin de conocer en qué medida los ítems y su formulación eran adecuados, aplicables y comprensibles para los pacientes de cáncer. En cuarto lugar llevamos a cabo una primera investigación en la que aplicamos la primera versión del instrumento a un amplio grupo de pacientes de cáncer ($n=154$) a fin de perfilar diversas características formales deseables del instrumento, que ya hemos mencionado anteriormente, como la fiabilidad o la validez. Los ítems del instrumento fueron seleccionados a partir de la revisión de la literatura y las observaciones realizadas durante la estancia en el hospital. Optamos por el formato de las escalas visuales análogas dado que: *a*) este tipo de escalas viene siendo utilizado con éxito en otros campos de la psicología (Comas, 1988; Villamarín, 1987); *b*) los pacientes de cáncer se encuentran con frecuencia en una situación de estrés que conviene no aumentar (partimos de la suposición, que posteriormente comprobamos, de que las escalas lineales eran fáciles de responder y requerían poco esfuerzo), y *c*) este tipo de escalas había sido utilizado en otros estudios anteriores también con pacientes de cáncer (Padilla y otros, 1983; Selby y otros, 1984). Por último, cuando dispusimos de la versión final del instrumento, valoramos de manera prospectiva la calidad de vida de otro grupo de pacientes de cáncer ($n=215$).

Sujetos

Las observaciones se realizaron con los diversos tipos de pacientes de cáncer, hospitalizados y pacientes ambulatorios, tratados en el servicio de oncología anteriormente mencionado. El estudio piloto (pacientes hospitalizados y ambulatorios) y las investigaciones siguientes (pacientes ambulatorios) se realizaron con enfermos de cáncer de mama, a fin de que las diferentes situaciones médicas re-

sultasen más comparables. En este tipo de pacientes la calidad de vida adquiere especial importancia por cuanto existen importantes posibilidades de supervivencia a largo plazo, los tratamientos a seguir pueden ser muy agresivos y disruptores de la calidad de vida y existe una gran variedad de modalidades terapéuticas (mastectomía, tumorectomía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia). Las tasas de participación y aceptación del material fueron muy altas: 100 %, 97,5 % y 98 % en los tres respectivos estudios empíricos. Los ítems se presentaron de manera aleatoria, cada ítem por separado. Los pacientes se encontraban en una de las fases siguientes del curso clínico del cáncer: diagnóstico, tratamiento complementario, intervalo libre, recidiva o enfermedad avanzada.

Algunos resultados

Validez y fiabilidad

Se analizaron diversos tipos de validez y fiabilidad que de manera escueta indicamos a continuación. Para un análisis más detallado véase Font y Bayés (1993).

Validez

Aparente: Los ítems incluidos parecen medir la calidad de vida en relación con la salud por cuanto se recogen diferentes aspectos de la vida cotidiana y el bienestar de la persona como tener dolor, sentirse preocupado, etc. *De contenido:* en la confección del instrumento la selección de los ítems se efectuó a partir de la revisión teórica previamente realizada en la que se analizaron 44 artículos sobre el tema, y a partir de las observaciones efectuadas durante el estudio piloto. Por otra parte, sólo se incluyeron aquellos ítems susceptibles de ser relacionados con la salud. *Validez conceptual,* referida a nuestro concepto de calidad de vida, anteriormente indicado: la manera de efectuar las preguntas aseguraba la relación de todos los ítems con el estado de salud ya que, o bien se trataba de preguntas sobre el estado de salud, o bien se pedía al paciente que contestara en relación con el estado de salud (p. ej. disminución de la actividad laboral debido al estado de salud). *Validez de criterio:* todos los ítems que componen el cuestionario de calidad de vida, referidos a aspectos concretos, correlacionaron en sentido positivo con el ítem criterio denominado «valoración negativa del día», en el que los pacientes indican en qué medida consideraban que el estado de salud les había afectado, de manera global, el día concreto que se estaba analizando. Además, 24 de los 26 ítems de la versión final del instrumento correlacionaron significativamente con el ítem criterio mencionado. La validez *externa* se constató para algunos ítems de la escala de calidad de vida, al encontrarse relaciones significativas entre estos ítems y diversos aspectos médicos recogidos de la historia clínica de los pacientes. Por ejemplo, el número de sesiones de tratamiento

de quimioterapia recibidas correlacionó positiva y significativamente con los ítems: «náuseas» ($r=0.19$, $P<0.05$), «disminución de la movilidad» ($r=0.31$, $P<0.001$), «dificultades en el cuidado personal» ($r=0.23$, $P<0.01$), «dificultades para mover el cuerpo» ($r=0.20$, $P<0.05$), «problemas con el sueño» ($r=0.21$, $P<0.05$), «dificultades en las tareas en casa» ($r=0.17$, $P<0.05$), «comer menos» ($r=0.21$, $P<0.05$), «disminución del apetito» ($r=0.22$, $P<0.01$) y «fatiga» ($r=0.25$, $P<0.05$). La validez de *constructo* se dedujo de los resultados obtenidos en el análisis factorial realizado. Los ítems se agruparon de manera consistente en torno a dos factores que, dada su composición, denominamos «malestar corporal» y «malestar psicosocial». Así, los ítems «molestias en la boca», «dolor», «estreñimiento/diarrea», «disminución de movilidad», «disminución de la actividad laboral», «dificultades en el cuidado personal», «dificultades para mover el cuerpo», «dificultades en las tareas en casa», «comer menos», «disminución del apetito», y «fatiga», correlacionaron principalmente con el primer factor (malestar corporal). Por otra parte, los ítems «dificultades con la pareja», «ira», «ansiedad», «depresión», «problemas de concentración», «disminución del interés por las cosas» y «miedo», correlacionan principalmente con el segundo factor o «malestar psicosocial». Los ítems restantes: «problemas con el sueño», «sentirse menos atractivo», «dificultades para distraerse», «dificultades en la actividad social» e «insatisfacción con el propio aspecto», correlacionan de manera parecida con ambos factores, lo que parece indicar que se relacionan de manera similar con ambos tipos de malestar. Los resultados obtenidos mediante el segundo grupo de pacientes (2ª investigación principal) pusieron de manifiesto que el instrumento permitía *discriminar* pacientes con diferente estatus de salud. Por ejemplo, respecto a los valores promedio de afectación obtenidos en la subescala «síntomas» (la descripción de los ítems que la componen se deduce de la Tabla 1) el valor máximo, tal y como era de esperar, corresponde al subgrupo en estado avanzado de enfermedad ($\bar{x}=24.2$). A continuación se halla el subgrupo en fase de recidiva ($\bar{x}=17.2$). Los subgrupos diagnóstico ($\bar{x}=14.6$) y complementario ($\bar{x}=13.9$) presentan valores parecidos. El subgrupo con menos síntomas es el que se encuentra en fase de intervalo libre de enfermedad ($\bar{x}=5.4$).

Fiabilidad

Respecto a la fiabilidad, contribuyen a la misma los aspectos que indicamos a continuación. *Comprensión de las instrucciones*: solamente dos sujetos no llegaron a entender cómo debía contestarse a las preguntas. *Aceptación del material*: los porcentajes de participación y aceptación del material fueron muy elevados: 100 %, 97,5 % y 98 %, en los tres estudios, respectivamente. El *periodo de tiempo analizado*, únicamente las últimas 24 horas aumentaba la fiabilidad de los resultados, por cuanto los pacientes tenían menos dificultades para recordar lo que tenían que valorar que en el caso de que se les hubiera pedido que recordaran cómo había sido la última semana, el último mes o un periodo de tiempo no definido. *Las correlaciones significativas entre los ítems lógicamente relacionados*. Ante el hecho de que algunos ítems se referían a aspectos pareci-

dos, era de esperar una correlación positiva y significativa entre ellos (correlaciones Spearman, programa SPSS). Así, por ejemplo, el ítem «dificultades para mover el cuerpo» correlacionó positiva y significativamente con el ítem «dificultades en el cuidado personal»: $r=0.066$ ($P<0.001$) y con el ítem «disminución de la movilidad» ($r=0.55$, $P<0.001$). Los ítems «comer menos» y «disminución del apetito» presentaron un valor de correlación $r=0.68$ ($P<0.001$). El ítem «insatisfacción con el propio aspecto» correlacionó $r=0.55$ ($P<0.001$) con el ítem «sentirse menos atractivo». El miedo y la ansiedad son aspectos difíciles de separar y que generalmente aparecen unidos. La correlación obtenida entre los ítems que se refieren a estos dos aspectos fue $r=0.61$ ($P<0.001$). Por último, también contribuyeron a la fiabilidad del instrumento las correlaciones obtenidas en cada uno de los ítems del instrumento con la escala teórica a la que pertenece el ítem o análisis de *consistencia interna*. Los valores alfa de Cronbach obtenidos fueron 0.57, 0.85, 0.62 y 0.80 en las escalas «síntomas», «dificultades en los hábitos cotidianos», «dificultades familiares y sociales» y «malestar psicológico» respectivamente.

Ítems relacionados con la reducción de la calidad de vida

Especialmente sorprendente fue el hallazgo de que lo que estaba más asociado con la reducción de la calidad de vida no eran los síntomas de la enfermedad o el dolor, ni las incapacitaciones funcionales, sino aspectos psicológicos como el miedo o la ansiedad. En la Tabla 1 se indica el número de pacientes afectados por un problema concreto (los que puntúan un valor en la escala lineal análoga diferente a 0), porcentaje respecto al total de pacientes y puntuaciones medias en la escala-ítem obtenidas por los pacientes afectados (valores entre 0 y 100, $N=154$ pacientes). Como puede observarse en la tabla, los aspectos que con mayor frecuencia se ven afectados por la enfermedad son los de tipo psicológico o emocional. El problema que afecta a un mayor número de personas es sentir miedo (70 %) seguido de ansiedad (68 %), depresión (63 %) e insatisfacción con el propio aspecto (62 %).

TABLA 1. NÚMERO DE PACIENTES (n) AFECTADOS POR CADA UNO DE LOS ÍTEMS (ESCALAS) DE LA PRIMERA VERSIÓN DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (1ª VERSIÓN: 36 ÍTEMS), PORCENTAJE (%) RESPECTO AL TOTAL DE PACIENTES (n=154) E INTENSIDAD MEDIA (\bar{x}) DEL PROBLEMA

| <i>Escalas visuales (ítems)</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>\bar{x}</i> |
|---------------------------------|----------|----------|-----------------------------|
| <i>Síntomas</i> | | | |
| Molestias en la boca | 41 | 27 | 26 |
| Caída del cabello | 35 | 23 | 34 |
| Náuseas | 22 | 14 | 29 |
| Vómitos | 5 | 3 | 17 |
| Dificultades respiración | 29 | 19 | 21 |
| Dolor | 77 | 50 | 36 |
| Molestias al orinar | 15 | 10 | 21 |
| Estreñimiento/diarrea | 40 | 26 | 54 |
| Problemas de voz | 22 | 14 | 24 |

(Continúa en la pág. 47.)

(Viene de la pág. 56.)

| <i>Escalas visuales (ítems)</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>\bar{x}</i> |
|---|----------|----------|-----------------------------|
| <i>Dificultades hábitos cotidianos</i> | | | |
| Disminución de la movilidad | 46 | 30 | 36 |
| Disminución de la actividad laboral | 39 | 25 | 57 |
| Dificultades en el cuidado personal | 55 | 36 | 34 |
| Dificultades para mover el cuerpo | 75 | 49 | 32 |
| Problemas con el sueño | 77 | 50 | 39 |
| Somnolencia durante el día | 37 | 24 | 33 |
| Dificultades en las tareas de casa | 82 | 53 | 42 |
| Comer menos | 52 | 34 | 27 |
| Disminución del apetito | 59 | 38 | 41 |
| Fatiga | 79 | 51 | 36 |
| Dificultades para escribir | 28 | 18 | 22 |
| <i>Dificultades familiares/sociales</i> | | | |
| Sentirse menos atractivo | 79 | 51 | 48 |
| Dificultades para distraerse | 45 | 29 | 53 |
| Dificultades en la actividad social | 48 | 31 | 46 |
| Dificultades con los hijos | 15 | 10 | 25 |
| Dificultades con la pareja | 56 | 36 | 44 |
| Dificultades con la familia | 19 | 12 | 36 |
| Problemas de información | 34 | 22 | 21 |
| Preocupaciones económicas | 35 | 23 | 51 |
| <i>Malestar psicológico</i> | | | |
| Ira | 49 | 32 | 38 |
| Ansiedad | 104 | 68 | 40 |
| Insatisfacción con el propio aspecto | 96 | 62 | 38 |
| Depresión | 97 | 63 | 40 |
| Problemas de concentración | 64 | 42 | 29 |
| Disminución interés por las cosas | 65 | 42 | 35 |
| Miedo | 108 | 70 | 44 |
| <i>Valoración negativa del día</i> | 106 | 69 | 38 |

Investigación en otros constructos psicológicos relacionados con la calidad de vida

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida

La manera en que las personas manejan los estresores asociados a la enfermedad crónica y a los tratamientos médicos, puede jugar un importante papel en la adaptación a los problemas y en el mantenimiento de la calidad de vida afectada por el estado de salud. En una investigación paralela nuestro objetivo principal fue obtener información básica acerca de qué estrategias utilizan las personas afectadas de una misma enfermedad (Font, 1990). Aunque los problemas de salud asociados a la enfermedad podían ser diferentes entre los pacientes, el momento y la situación en que se analizaron las estrategias era muy similar (visita a un centro de oncología por diagnóstico de cáncer de mama). Las estrate-

gias de afrontamiento propuestas resultaron ser comprensibles y adecuadas para la mayoría de los sujetos de la muestra. Desde un punto de vista conceptual agrupamos las diferentes estrategias para enfrentarse a los problemas de salud en tres niveles: conductas, pensamientos y reacciones emocionales. A nivel de conductas, la estrategia más frecuentemente utilizada fue la de «cumplir exactamente las prescripciones médicas». A nivel de pensamientos, se observó una frecuente utilización de la estrategia denominada «negación» (*denial*): pocos pacientes buscan un sentido a la enfermedad (16 %) y, en cambio, la mayoría intenta no pensar en los problemas de salud (62 %). La resignación parece ser la respuesta emocional predominante. Se constataron relaciones entre determinados tipos de estrategias y la calidad de vida subjetiva vinculada al estado de salud. Por ejemplo, las personas que frecuentemente piensan que «ya pasará» presentan significativamente mejor calidad de vida que las que lo piensan poco o casi nunca ($P < .001$). Lo contrario ocurre con la estrategia «aislarse» ($P < .01$). Por otra parte, los pensamientos y los aspectos emocionales se relacionaron más con diferencias a nivel de calidad de vida, que las estrategias a nivel de conductas.

Expectativas y calidad de vida

El valor predictivo y explicativo de las expectativas ha sido analizado en diferentes problemas de salud (Villamarín, 1990). En otra investigación con pacientes de cáncer (Font, 1991) analizamos las posibles relaciones empíricas entre expectativas de resultado teórico (en qué medida el paciente cree que la enfermedad que padece es curable, o al menos controlable), expectativas de resultado autorreferencial (confianza en que la posibilidad de curarse se aplicará a su caso particular) y expectativas de autoeficacia (en qué medida se siente capaz de realizar lo necesario para curarse o mantener su estado de salud), y consideramos el valor predictivo de dichas expectativas respecto a los efectos de los problemas de salud en la vida cotidiana; dicho con otras palabras, la calidad de vida en relación con la salud.

En conjunto, los pacientes presentan expectativas elevadas de que la enfermedad puede curarse (expectativa de resultado teórico), es decir, están de acuerdo en que la enfermedad que padecen es superable por completo, y más de la mitad están muy convencidos de ello (52.6 %). Pero sólo aproximadamente el 30 % tiene mucha confianza en que esto sea así en su caso particular (expectativa de resultado autorreferencial). El 50 % presenta elevadas expectativas de autoeficacia: se sienten totalmente capaces de hacer todo lo que sea necesario para curarse. Estos tres tipos de expectativas están relacionados entre sí: encontramos correlaciones significativas entre las expectativas de resultado teórico y las expectativas de confianza en el resultado o expectativas de resultado autorreferencial ($r = 0.52$, $P < 0.001$); entre las expectativas de resultado teórico y las expectativas de autoeficacia ($r = 0.21$, $P < 0.01$), y entre las expectativas de eficacia y las expectativas de resultado autorreferencial ($r = 0.42$, $P < 0.001$). Todas las expectativas correlacionaron negativamente con las puntuaciones obtenidas en ítems como dolor, ansiedad o depresión y con la valoración negativa del día.

A nuestro entender, los resultados obtenidos tienen una doble importancia, teórica y práctica. Teórica, por cuanto confirman la pertinencia de la distinción entre expectativas de resultado no autorreferencial (o teórico) y expectativas de resultado autorreferencial. Añadir las expectativas autorreferenciales por lo menos aumenta o profundiza la información proporcionada por las expectativas de resultado no-autorreferencial. Práctica, por sus posibles implicaciones en el campo de la salud. Las tres expectativas consideradas conjuntamente permitirían predecir, en parte, la medida en que la enfermedad afecta (subjetivamente) a la vida cotidiana del paciente. Los resultados indican también el efecto que puede tener la información que recibe el paciente en el bienestar subjetivo del mismo, al tiempo que se confirma empíricamente la importancia de conservar una cierta esperanza de curación que posiblemente permita mantener una mejor calidad de vida.

Locus de control y calidad de vida

El constructo «locus de control» definido por Rotter (1966), se refiere, de manera general, al grado en que un individuo considera que los reforzamientos que recibe son contingentes con sus acciones. En otra investigación (Font, 1989b) analizamos las expectativas de locus de control en una situación de indefensión producida por amenaza real: la enfermedad del cáncer. Se observó que los pacientes de cáncer presentaban tres tipos de expectativas de locus de control en relación con la salud: la curación depende de la medicina, de uno mismo o del azar. Entre estos pacientes predominaron las creencias de locus de control externo. La mayoría cree que curarse depende mucho del médico y de los tratamientos. Sólo unos pocos creen que depende mucho de ellos mismos. Las respuestas dadas por los pacientes son consistentes entre sí, según se desprende de las correlaciones entre los ítems sobre locus de control y del análisis factorial. El locus de control se relacionó de manera más clara con la valoración subjetiva de la gravedad de la situación, que con la situación objetiva (diferentes fases de la enfermedad). Los pacientes con peor calidad de vida, es decir, aquellos que valoran el día como más negativo, tienen dolor, o sienten miedo y preocupación por su estado de salud, mostraron también menores puntuaciones en locus de control interno. El factor «azar» no presentó diferencias significativas en ninguno de los criterios (objetivos y subjetivos) utilizados para agrupar a los pacientes. Así pues, parece ser que los pacientes que presentan un cierto grado de control personal sobre la situación de su estado de salud, tienen menos problemas, aunque objetivamente se encuentren en una situación de amenaza real similar. Para el bienestar «psicológico» es más importante el control subjetivo interno que el control externo, aunque el efecto de la sensación de control, externo o interno, es positivo. A la luz de estos resultados, y en la medida en que se trate de fenómenos causalmente relacionados, de la teoría del locus de control se derivan importantes consecuencias prácticas: la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas graves como el cáncer puede mejorarse aumentando la sensación subjetiva de control sobre la enfermedad y sus efectos.

A la luz de los resultados obtenidos en las investigaciones comentadas podemos concluir lo siguiente:

a) La preservación de la calidad de vida se relaciona fundamentalmente con la no presencia o poca presencia de malestar psicosocial.

b) Ante una misma situación objetiva de enfermedad, los pacientes que preservan mejor su calidad de vida se caracterizan por:

— Utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas a la situación como, por ejemplo, pensar que «ya pasará».

— Mantener expectativas elevadas de resultado autorreferencial.

— Mantener cierta sensación subjetiva de control sobre la enfermedad y sus efectos.

REFERENCIAS

- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Blasco, T. (1990). *Factores psicológicos en la modulación de respuestas biológicas: el caso de las náuseas y vómitos en la quimioterapia del cáncer*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Comas, M.-D. (1988). *Influència dels factors psicològics en la gènesi i el manteniment del comportament no fumador entre els infants i els adolescents*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Font, A. (1988). *Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Font, A. (1989a). Náuseas anticipatorias y condicionamiento clásico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 483-489.
- Font, A. (1989b). Locus de control en situaciones de indefensión producida por amenaza real. *Psicologemas*, 3, 225-224.
- Font, A. (1990). *Estrategias de afrontamiento, adaptación y calidad de vida*. II Congreso oficial de Psicólogos. Área 5 Psicología y Salud: Psicología de la Salud. Libro de comunicaciones, 90-96, Madrid: publicaciones del Colegio Oficial de Psicólogos.
- Font, A. (1991). Relaciones entre expectativas de resultado teórico, expectativas de resultado autorreferencial y expectativas de autoeficacia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23, 53-69.
- Font, A. y 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 (Comps.), *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*, 175-195, Barcelona: Universitat 53, PPU.
- Padilla, G.V., Presant, C., Grant, M.M., Metter, G., Lipsett, J. & Heide, F. (1983). Quality of life index for patients with cancer. *Research in Nursing and Health*, 6, 117-126.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Selby, P.J., Chapman, J.A.W., Etazadi-Amoli, J. & Boyd, N.F. (1984). The development of a method for assessing the quality of life of cancer patients. *British Journal of Cancer*, 50, 13-22.
- Villamarín, F. (1987). *Verificación de la teoría de la auto-eficacia de Bandura mediante técnicas de biorretroalimentación*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Villamarín, F. (1990). Auto-eficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 45-64.